



TRABAJO DE FIN DE GRADO DE ENFERMERÍA

VISITA INFANTIL A SERES QUERIDOS
INGRESADOS EN UNIDADES DE CUIDADOS
INTENSIVOS PARA MEJORAR EL
AFRONTAMIENTO:
EXPERIENCIAS E INICIATIVAS



“CHILD VISITATION TO LOVE ONES ADMITTED INTO INTENSIVE
CARE UNITS AS A INTERVENTION TO IMPROVE COPING:
EXPERIENCES AND INITIATIVES”



Facultad
de Medicina

AUTOR: MIGUEL SOLANA RAMÍREZ

(ESTUDIANTE 4º ENFERMERÍA)

TUTORA: DRA. MARÍA TERESA GONZÁLEZ GIL

(PROFA. SECCIÓN DEPARTAMENTAL ENFERMERÍA)

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

GRADO EN ENFERMERÍA (2012-2016)





AGRADECIMIENTOS

Me gustaría iniciar el presente trabajo agradeciendo la participación de varias personas durante su proceso de desarrollo. En primer lugar, a mi tutora, María Teresa González Gil, por guiarme en el arduo camino mediante su paciente, consejos e implicación. Además, debo darle las gracias especialmente por compartir el interés en el tema y acrecentar el mío propio con entusiasmo. Con todo esto, pese a las largas horas de reflexión, lectura y escritura, ha sido un placer el poder realizar esta labor. Incluyo también a Ana Ramos, supervisora de la Unidad de Reanimación de la Maternidad del Hospital Universitario La Paz y mi tutora durante mi rotatorio en la UCI Neonatal del mismo hospital. Con ella, su experiencia clínica en la UCI Neonatal y el diálogo establecido comenzó a gestarse esta idea, compartida por ambos y fomentada por ella con entusiasmo. También quiero agradecer la colaboración de María Candelas Gil Carballo, bibliotecaria de la Universidad Autónoma de Madrid, en la resolución de dudas y estrategias de búsqueda de información. Y, por último pero no menos importante, a mis amigos y compañeros durante esta travesía, por sus consejos y apoyo constante.



RESUMEN

Introducción: el ingreso de un ser querido en UCI supone un evento estresante para la familia. Los niños experimentan cambios comportamentales y emocionales adversos en la interrupción de sus vínculos de apego. Las políticas de visita tradicionales y la cultura organizacional con creencias sesgadas hacia la visita infantil como intervención de cuidados han condicionado en España el desarrollo e implementación de iniciativas ya instauradas y avaladas en otros países. **Objetivo:** conocer la experiencia de niños sanos, cuidadores, pacientes y sanitarios frente a la intervención “visita infantil a UCI” y propuestas de actuación existentes. **Metodología:** revisión narrativa de bibliografía en fuentes de información sobre ciencias de la salud **Resultados:** la visita infantil supone una intervención efectiva y validada para mejorar el afrontamiento sin repercusiones adversas. Las necesidades de los menores quedan desatendidas en la práctica. Los cuidadores no logran responder a ellas por inseguridad e intención contraproducente de protegerles. Los sanitarios reniegan por creencias desmentidas por la evidencia. Las políticas de visita, obsoletas y rígidas, no contemplan la intervención. Existen varias propuestas de actuación, estudiadas en la práctica, y herramientas efectivas. Su sistematización basada en asesoramiento, información, preparación, educación, acompañamiento y vigilancia antes, durante y tras el proceso optimiza la intervención. **Conclusiones:** las necesidades infantiles quedan excluidas. La incapacidad de los cuidadores, los sesgos de los sanitarios y las normativas excluyen las visitas. La visita infantil es efectiva para mejorar el afrontamiento. Existen propuestas y herramientas estudiadas e implementadas. Su implantación permitirá establecer un modelo de Cuidado Centrado en la Familia.

Palabras Clave: Enfermería; Niño; Preescolar; Adolescente; Padres; Salud de la Familia; Unidades de Cuidados Intensivos; Visitas a Pacientes; Acontecimientos que Cambian la Vida; Educación en Salud.



ABSTRACT

Introduction: the admission of a love one into ICU means a stressful event for the whole family. Children experiment behavioral and emotional adverse changes during the interruption of their attachment links. The traditional visiting policies and the organizational culture with biased believes towards child visitation as care intervention have conditioned in Spain the development and implementation of initiatives already set up and endorsed in other countries. **Aim:** exploring the experience of healthy children, caregivers, patients and healthcare professionals related to the “children visitation to the ICU” intervention and the existing performance proposals. **Methodology:** a literature review of the bibliography was made consulting Health Sciences Databases. **Results:** child visitation is a validated and effective intervention to improve coping without adverse aftermaths. Minor’s needs are neglected in practice. Caregivers fail to respond them because of their own insecurity and counteproductive intention of overprotecting their children. Healthcare professionals also deny children’s visit conditioned by their believes, which are disproved by the evidence. Obsolete and rigid visitation policies do not allow the intervention. Currently, there are several performance proposals studied in practice and effective tolls. Their systematization, based on counseling, information, preparation, education, accompaniment and vigilance before, during and after the process, optimizes the intervention. **Conclusions:** children’s needs are neglected. Caregiver’s inability, healthcare professionals’ biases and restrictive normatives exclude their visits. Child visitation is effective to improve coping. There are already studied implemented and effective approaches and tolls. Their implantation will allow to stablish a real Family Centered Care model.

Key Words: Nursing; Child, Preschool; Child; Adolescent; Parents; Family Health; Intensive Care Units; Visitors to Patients; Life Change Events; Health Education.



ÍNDICE

❖ I – Introducción	1
➤ I.I - Teoría del Apego y Promoción de la Salud Mental en Población Pediátrica....	1
➤ I.II - Los Niños ante la Hospitalización de un Ser Querido.....	2
➤ I.III - Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs) en España.....	3
➤ I.IV - Impacto de las Visitas: Desmitificando Creencias.....	4
➤ I.V - Panorama Actual de Visitas: España en el Contexto Internacional.....	6
➤ I.VI - Modelos Teóricos de Enfermería de Integración Infantil.....	8
➤ I.VII - Enfoque Enfermero: Abordaje del Problema.....	9
❖ II – Justificación y Objetivos	11
❖ III – Metodología	12
➤ III.I - Criterios de Inclusión y Exclusión.....	13
❖ IV – Resultados	16
➤ IV.I - Los Niños y su Experiencia: los Desatendidos en el Proceso.....	16
➤ IV.II - Los Cuidadores: los Protectores Desbordados y Desacompañados.....	20
➤ IV.III - Los Profesionales Sanitarios: los Guardianes y Figuras de Apoyo.....	22
➤ IV.IV - Las Políticas de Visita y los Recursos: Obsoletas y Ausentes.....	26
➤ IV.V - Propuestas de Intervención: unas Líneas Generales de Actuación.....	27
➤ IV.VI - Los Hermanos en la UCI Neonatal: Iniciativas y Proyectos.....	30
❖ V – Discusión	34
➤ V.I - Análisis de los resultados.....	34
➤ V.II - Limitaciones en el proceso de investigación.....	37
➤ V.III - Implicaciones y Recomendaciones para la práctica clínica.....	38
➤ V.IV - Futuras Líneas de Investigación.....	41
❖ VI – Conclusiones	41
❖ VII – Bibliografía Consultada	43
❖ VIII – Anexos	46
➤ VIII.I - Normativas de visita en los hospitales de la CAM.....	46
➤ VIII.II - Ejemplo de lectura crítica.....	47
➤ VIII.III - Características y resumen de los artículos incorporados.....	48



I – INTRODUCCIÓN

I.I - Teoría del Apego y Promoción de la Salud Mental en Población Pediátrica

El ser humano vive en un contexto interpersonal. Bowlby, impulsor de la Teoría de Apego, la define como *“conceptualizar la tendencia de los seres humanos a crear lazos afectivos con las personas y un intento de explicar el dolor emocional y trastornos de personalidad producidos por la separación indeseada y la pérdida afectiva”*. Las emociones más fuertes se experimentan en las relaciones de apego. Las relaciones más tempranas tienen gran influencia en el desarrollo de la personalidad y la salud mental. La conducta de apego tiene una función orientada a la supervivencia, pero los seres humanos necesitan tener contacto con otros. El sistema del apego cuenta con dos subsistemas: mantenimiento de la relación en el tiempo (mediante visitas, llamadas, etc), y proximidad y cuidado de esas personas bajo ciertas circunstancias. Una interrupción del vínculo genera dolor psicológico en los niños y puede ejercer daño serio de prolongarse. Al crecer se construyen nuevos vínculos que van cobrando más importancia. Están jerarquizados y los más relevantes ejercen mayor influencia emocional. La psicopatología resulta de recorrer una vía de desarrollo desatendiendo alguna necesidad, generalmente durante la niñez o adolescencia, por privación, maltrato, trauma o pérdida. Cuanto más tiempo se recorran esas vías desfavorables, más difícil será su corrección. Un factor decisivo es la respuesta sensible de las personas queridas, es decir, el captar, interpretar y responder adecuadamente a las señales que emite el niño. Si no se responde a esas señales, se transmitirá que sus solicitudes son inefectivas y contraproducentes^{1,2}.

Durante los primeros años principalmente, se crean estructuras cognitivas que influyen la propia conducta y el entendimiento de las relaciones, como esquemas de uno mismo y de su entorno. Están emocionalmente cargados y permiten generar conductas adaptativas. Las experiencias pasadas y la respuesta sensible determinan la forma en la que el niño percibirá el mundo. El concepto de *“guiones familiares”* se refiere a la construcción de modelos basados en experiencias relacionales que permiten predecir cómo van a discurrir futuras situaciones. La angustia es la reacción a las amenazas de pérdida o inseguridad en los vínculos o cuando el individuo es conducido al pensar que no significa nada para su receptor de apego. Un ejemplo es el nacimiento de un hermano, pues el hijo previo puede sentirse desplazado e inseguro. El niño percibe la separación como una amenaza, con una fuerte repercusión. Su capacidad para sobrellevarlo está



determinada por la duración, etapa evolutiva y calidad de los cuidados sustitutivos. Frente a este evento estresante, genera mecanismos de defensa que pueden afectar a su personalidad. Atraviesa tres etapas: protesta, desesperación y congelamiento^{1,2}.

Hay 2 categorías de apego. En el seguro, los niños experimentan un cuidado fiable y empático, con mayor capacidad de afrontamiento emocional, autoconcepto, relación y exploración. En el inseguro, median sentimientos de abandono, rechazo, abuso o cuidados inconsistentes, produciendo descontrol emocional, dificultad social y peor autoconcepto. Robertson J. concluyó que, independientemente de la calidad de los cuidados sustitutivos, las separaciones son siempre peligrosas, pese a que puedan ser paliados sus efectos. La privación parcial causa ansiedad duradera u otros sentimientos dolorosos y perturbadores, como enojo y depresión. La completa tiene mayor repercusión, con efectos permanentes en el desarrollo de la personalidad y la conceptualización de las relaciones. El bienestar psicológico dependerá del sentimiento de seguridad en los vínculos de apego^{1,2}.

Muchos autores de esta corriente conceden gran importancia a los años de inmadurez desde la infancia hasta el final de la adolescencia para el desarrollo de la personalidad. Por ello, la promoción de la salud mental en estas etapas es crucial. Marrone M. plantea que uno de los lugares en los que se pueden practicar intervenciones en este sentido es desde las clínicas, donde existe como factor de riesgo la separación prolongada de los depositarios del apego debido, entre otros motivos, a las normas hospitalarias¹.

I.II - Los Niños ante la Hospitalización de un Ser Querido

La hospitalización de un ser querido repercute en las esferas psico-emocional y comportamental del niño, con repercusiones en su ámbito familiar y académico. El grado de afectación depende de varios factores: edad, personalidad, gravedad percibida de la pérdida y su duración, ingresos o enfermedades previas que haya padecido el niño, calidad y recuerdos de los mismos, y sensación de soledad que pueda experimentar³. El nivel de desarrollo determinará en gran medida el afrontamiento y la respuesta emocional y conductual. En lactantes, la separación de los padres interrumpe sus rutinas y puede llevar al desapego. De 1 a 3 años sienten miedo a la separación y la sufren con gran ansiedad. Los preescolares toleran mejor la separación, pero pueden entender la enfermedad como un castigo y sentir miedo. En escolares localizan la enfermedad en el cuerpo y siguen



preocupándose por la separación. Los adolescentes entienden la disfunción de la enfermedad y experimentan ansiedad por la pérdida de independencia y el futuro. Los más pequeños tienen menos estrategias de afrontamiento y sus percepciones pueden estar distorsionadas por la imaginación e incomprensión. También interviene la dependencia y los sentimientos de castigo, culpabilidad o miedo y la planificación de su futuro. Esto puede conducir a trastornos emocionales y conductuales: regresión, negación, agresividad, rebeldía, ansiedad, depresión, sentimiento de abandono, fracaso escolar y repercusiones somáticas (enuresis, diarrea, trastornos del sueño, etc)^{1,3}.

Para cada persona la familia tiene un carácter diferente y no hay que infravalorar el apego hacia otros seres queridos. Wright y Bell definen la familia como *“grupo de individuos ligados por fuertes lazos emocionales, sentido de pertenencia y pasión por estar involucrados en la vida del otro”*⁴. Esta definición aporta mayor amplitud al concepto, trascendiendo la relación sanguínea que la definía tradicionalmente para incluir a todos con los que existan lazos significativos. Para hacer referencia a aquellas personas responsables del niño sano durante se empleará el término *“cuidador”*. No debe confundirse con el concepto de cuidador informal durante una situación de dependencia³.

Otro punto a tener en cuenta es el contagio emocional entre los adultos y los niños. Frente a una hospitalización, surgen situaciones de miedo y ansiedad en adultos y niños. Es crucial la actitud y comportamiento de los cuidadores para moderar su propia ansiedad y ayudar a los niños a afrontarla. El contagio emocional es muy común y fácilmente producible, pues puede darse por el lenguaje corporal, las expresiones faciales y las verbales. Si los cuidadores muestran habilidades de afrontamiento adaptativas y se instaure una comunicación efectiva, influirá positivamente en el niño y viceversa³.

I.III - Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs) en España

El modelo restrictivo de visitas en las UCI surge junto a esta unidad, quedando concebidas como espacios impermeables. Hasta 1979 con el estudio de Molter sobre las necesidades de los familiares de pacientes críticos⁴ no se comenzó a plantear un cambio. La progresión hacia unos regímenes más abiertos es un proceso lento en el que intervienen tanto las leyes y normativas como las percepciones de los profesionales sanitarios. Dentro de este grupo es crucial la Enfermería⁵. En un Best Practice sobre visita infantil apuntan



a que las restricciones se basan en los precedentes institucionales y en las creencias del personal, estando ambas basadas en poca o ninguna evidencia⁶. Errasti Ibarrondo B et al⁴ señalan que las normativas están más basadas en el funcionamiento y comodidad de la unidad y del personal que en el beneficio aportado a familiares y pacientes⁴.

La estancia media en las UCIs puede ser extensa. Los datos más actuales los aporta la Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado (EESCRI) en el 2009⁷. La estancia media en UCI fue de 21,4 días y la mortalidad del 11%. En un estudio en la UCI del Hospital Universitario 12 de Octubre entre 2011 y 2013 observaron los ingresos de pacientes mayores de 15 años: el 87,7% de las altas fueron a plantas de hospitalización convencional y el resto a Cuidados Intermedios⁷. En otro estudio en el Hospital Universitario Insular de Gran Canaria se analizaron los ingresos en UCI entre el 2006 y el 2010. La estancia media fue de 16 días y en el hospital de 38 días⁸.

I.IV - Impacto de las Visitas: Desmitificando Creencias

La regulación de las visitas en las UCIs es una polémica constante entre los que promueven una mayor apertura basada en sus beneficios y los que defienden la necesidad de restricciones para preservar al paciente. En la revisión de Errasti Ibarrondo B. et al⁴ sobre los beneficios para los familiares del paciente crítico de una visita flexible en las UCIs, muestran que, además de existir evidencia de los beneficios derivados de las visitas abiertas, también la hay de los perjuicios que ejercen las restricciones al suponer una ruptura con su entorno inmediato. Equilibran sus necesidades y mejoran la comunicación. Las políticas de visitas flexibles mejoran la satisfacción, reducen el estrés y la ansiedad y permite participar del cuidado del paciente a través de la educación por parte de la enfermera. Cubren las necesidades de los familiares del paciente crítico, agrupadas en cuatro bloques: cognitivas (flujo de información y comunicación eficaz sobre el paciente crítico entre profesionales y familia); emocionales, disminuyendo los sentimientos de impotencia, indefensión, falta de control y desconocimiento sobre cómo está siendo cuidado su ser querido; sociales, consistentes en las relaciones con el paciente, buscando el contacto, el apoyo y la comunicación, y con los sanitarios; y prácticas, de cara a regular su vida cotidiana y sus rutinas mediante horarios no impuestos, lo que permite atender sus propias necesidades y las de otros miembros a su cargo, como los niños. El profesional



de Enfermería debe encargarse de individualizar y guiar la visita, sus condiciones y sus tiempos, a través de un contrato con el paciente y los familiares⁴.

Una creencia es que el riesgo de infección aumenta, tanto para pacientes como visitantes, y que los niños son más vulnerables al contagio. García Manchón P.⁶ señala un estudio experimental que investigó la relación control de infecciones y visitas en UCIs, concluyendo en que no existía evidencia de aumento en las complicaciones sépticas. No obstante, recomiendan prudencia mediante higiene y protección si existir preocupación en este aspecto o limitar las visitas si hay riesgo de contagio^{6,9}. En el estudio de Escudero D. et al¹⁰ refieren que no se han detectado aumentos en las tasas de infección en las UCIs neonatales y pediátricas, donde sí están permitidas las visitas infantiles. Otra preocupación es la posible desestabilización hemodinámica que pudiera sufrir el paciente, evento que, entendido en términos de alteración de la tensión arterial, frecuencia cardíaca y presión intracraneal, se normaliza en 10-15 minutos en caso de producirse¹¹. También se alega el posible trauma que pueda sufrir el menor frente a la visión de la UCI o que sea incontrolables, cuando los estudios demuestran una mayor comprensión de la situación por parte de los niños que han realizado una visita organizada y supervisada^{9,11}.

Según Achury Beltrán LF.⁵, hay muchos estudios sobre las percepciones de las enfermeras que demuestran una subestimación de los efectos beneficiosos de las visitas. No creen en los beneficios de las visitas para pacientes y familiares, sino que supone riesgos, aumento de la carga de trabajo, obstaculización del cuidado y genera discomfort en ellos y en los pacientes. Estas reticencias parten de su desconocimiento sobre las necesidades familiares, los beneficios de unas normativas no tan restrictivas y su incapacidad para lidiar con los familiares y su angustia. Beltrán sugiere que es necesario que los enfermeros sean activos en la flexibilización desde la actuación y la investigación. Esto solo puede ser posible mediante el conocimiento de las necesidades de los visitantes, los efectos positivos de las visitas, el impacto de los mismos en su satisfacción y en la percepción del cuidado prestado, así como generar estrategias de comunicación en situaciones estresantes. En el estudio de Ayllón Garrido N. et al¹² encuestaron a médicos, enfermeros y auxiliares de la UCI del Hospital Universitario de Álava, obteniendo como resultado que el 50% mantendría las mismas políticas de visitas, considerando su ampliación en caso de que así lo precisara la situación del paciente.



Por último, cabe señalar el manejo de la muerte de un familiar en una UCI. Cristián Zañartu S. et al¹³ señalan: *“el tema de la muerte en los niños está pobremente integrado como una realidad de la práctica clínica”*. No hacerles partícipe del duelo por sus seres queridos no les permite cerrar las heridas experimentadas, conduciendo a conclusiones erróneas, dolorosas, sentimientos de culpa y estragos emocionales en su desarrollo y en la adultez. Blanca Gutiérrez JJ. et al¹⁴ plantean que las visitas deben potenciarse en situaciones paliativas o de muerte inminente. Esto choca una vez más con el panorama impermeable a los niños de las UCIs, quedando vedado el proceso e impidiéndoles realizar una despedida y afrontar la muerte. La tendencia clínica es alejarles de los procesos de muerte. Profesionales y cuidadores se ven poco preparados y creen estar evitándoles un daño, cuando en realidad ocurre al contrario.

I.V - Panorama Actual de Visitas: España en el Contexto Internacional

La actual Guía de Acogida a Pacientes y Familiares del Servicio Madrileño de Salud¹⁵ dice sobre las visitas infantiles: *“no se permite el acceso a las áreas de hospitalización a menores de 12 años como medida preventiva y salvaguarda de su salud, pues son más vulnerables a posibles infecciones hospitalarias”*. Esta normativa se remonta al Plan de Humanización de la Asistencia Hospitalaria emitido por el Instituto Nacional de Salud (INSALUD) en 1984. Tras 30 años no se han modificado las normativas en esta línea a pesar de todas las iniciativas de humanización de los cuidados y la mayor relevancia de los enfoques enfermeros, aunque su infiltración en el ámbito hospitalario queda refrenada por el modelo biomédico¹⁶. Según Zaforteza C. et al¹⁷ en su estudio sobre las expectativas de los profesionales de Enfermería de UCIs: *“consideran que su papel es insuficiente, desean participar más en la atención a los familiares y flexibilizar las normas restrictivas”*. García Manchón P.⁶ recomienda: *“ofrecer visitas más abiertas en la UCI; ofrecer a los pacientes de UCI control sobre las visitas, mediante contratos individuales; las visitas a la UCIN de los hermanos se permitirán con la autorización de los padres; tanto hermanos como padres de pacientes en la UCIN se beneficiarán de la participación en un proceso de educación previa a la visita.”*

Como excepciones a esta restricción en España, existe el decreto 246/2005 del 8 de noviembre publicado en el Boletín Oficial de la Junta de Andalucía¹⁸ por el que se regula el ejercicio del derecho de las personas menores de edad a recibir una atención



sanitaria en condiciones adaptadas a las necesidades propias de su edad y desarrollo y se crea el Consejo de Salud de las Personas Menores de Edad. En el artículo 8 de Derecho al Acompañamiento, el punto 3 dispone: *“el régimen de visita requiere flexibilidad que facilite el mayor tiempo de relaciones para respetar los vínculos, con límites necesarios para garantizar su descanso y la asistencia. Los hermanos menores de edad podrán visitar junto a un progenitor si no existe contraindicación clínica para paciente ni para visitante”*. En el Hospital Universitario de Canarias¹⁹ y el Hospital Universitario Cruces²⁰ también se prohíbe la entrada de menores de 12 años, pero cuentan con pases especiales de visita otorgados por enfermeros o autorizaciones expresas emitidas por ellos.

Aparte de la Guía de Acogida de la Comunidad de Madrid¹⁵, se consultaron las políticas de visitas de los 33 hospitales públicos de la Comunidad Autónoma de Madrid (CAM)²¹ sobre el manejo de los menores (ver Anexo 1). En general, no está permitida la entrada de menores de 12 años a los hospitales, existiendo una minoría que deja una posibilidad excepcional bajo circunstancias no especificadas. Los motivos alegados son la seguridad de los propios niños y de los pacientes, así como la imposibilidad de controlarlos. Una minoría contempla la posibilidad excepcional de visita bajo unos requisitos no especificados y según una normativa o protocolo. Además, no hacen referencia a la gestión de visitas en los servicios especiales, como UCIs. En la mayoría encontramos al profesional de Enfermería como regulador de las visitas y de los casos excepcionales, por lo que puede decirse que juega un papel importante.

Velasco Bueno JM. et al²² analizan las políticas de visita en las UCIs españolas, comparándolas con las de otros países, como Reino Unido o EEUU. Concluyen que las normativas en las UCIs españolas son variables y no están basadas en criterios uniformes, pero en general el patrón es restrictivo y con gran separación entre familiares, pacientes y profesionales. La Guía de Práctica Clínica de Atención a los Familiares de Pacientes Ingresados en UCI desarrollada por la Asociación Americana de Enfermeras de Cuidados Intensivos (AACN)²² recomienda *“un cambio hacia una política de visita flexible tendente a la individualización considerando las preferencias del paciente y su familia”*. En el panorama internacional, existe una tendencia a liberalizar las políticas de visitas. Achury Beltrán LF. et al⁵ analizan el panorama general de las visitas en las UCIs en el 2013 y muestran datos actuales. En EEUU, el 44% de las UCIs cuenta con políticas abiertas en cuanto a horarios, el 31% no tiene restricciones excepto en los cambios guardia y un 14% mantiene una política abierta independientemente de la actividad. En Europa



encontraron una mayor cerrazón: en Italia un 69% de las restricciones se relacionaban con el paso de menores a las unidades. En Francia solo el 3% de las UCIs tiene políticas abiertas, un 60% restringe el tipo de visitantes, admitiendo solo familiares cercanos, y un 11% el paso de niños. En Reino Unido, el 32% mantiene políticas abiertas, con restricciones referidas en un 58% a la edad de los visitantes. En Suecia, el 70% de sus UCIs no establece ningún tipo de restricción en las horas de visita.

I.VI - Modelos Teóricos de Enfermería de Integración Infantil

Existen diversos modelos y marcos teóricos enfermeros que avalan esta propuesta, como el modelo conceptual y de intervención de McGill de promoción de la salud familiar²³. Con una visión sistémica de la familia, sus elementos fundamentales son familia, educación, aprendizaje y colaboración. Todos los miembros influyen y son influenciados por cada componente de la familia y del entorno. El objetivo de los enfermeros para la promoción de su salud será el ayudar a activar sus procesos de aprendizaje, descubrimiento y participación activa. No puede omitirse el modelo de la Atención Centrada en la Familia, basado en la inclusión de la unidad familiar del niño en su proceso de enfermedad para hacer más agradable esta etapa y disminuir los traumas psico-emocionales cubriendo sus necesidades²⁴. Se basa en nueve puntos: *“reconocer a la familia como constante en la vida del niño; colaboración asistencial padres-profesional; honrar la diversidad familiar; reconocer puntos fuertes, individualidad y afrontamiento de la familia; informar a la familia; facilitar el apoyo y formación de redes de familia a familia; responder a las necesidades de desarrollo del niño; adoptar políticas y prácticas que proporcionen a las familias apoyo emocional y económico; y diseñar una asistencia sanitaria flexible y sensible a las necesidades familiares.”*²⁴

Estos modelos pueden extrapolarse a otros ámbitos hospitalarios, incluyendo a personas adultas con niños cercanos. El objetivo es incluir a toda la familia en el proceso para mejorar la experiencia del enfermo y la del niño que lo sufre desde fuera. Puntos elementales del marco teórico son la flexibilidad y sensibilidad a las necesidades familiares. Estas consideraciones respaldan la necesidad y la posibilidad de incluir a los niños en los procesos de hospitalización, tanto en la información como en la visita de forma adaptada²⁴. Esto choca frontalmente con el modelo biomédico predominante en la cultura hospitalaria, centrado en la afectación física de la enfermedad sin considerar la



implicación vista de forma holística que pueda tener en la persona y en su entorno¹⁶. Como conceptos relevantes, el contrato de visita es la *“definición de los términos de visita en un contrato o acuerdo entre paciente, familia y enfermeras”*. Una visita estructurada consiste en *“visitas con límites de tiempo y duración”*. La visita inclusiva es *“similar a la visita abierta pero con restricciones cuando así lo dispongan los enfermeros”*.⁶

I.VII - Enfoque Enfermero: Abordaje del Problema

En el Código Deontológico de la Enfermería Española²⁵, el artículo 40 enuncia: *“en el ejercicio de su profesión, la Enfermera/o promoverá la salud y el bienestar familiar a fin de que en dicho núcleo los niños sean deseados, protegidos y cuidados de forma que puedan crecer con salud y dignidad”*. Los enfermeros deben prestar cuidados biopsicosociales de promoción y prevención de la salud al niño y a su núcleo familiar para facilitar un afrontamiento óptimo. En la taxonomía de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)²⁶ existen al menos 2 diagnóstico identificables en estos casos. Puede llegarse al diagnóstico de los mismos a través de una valoración del niño y de su familia prestando atención al patrón 8 de Rol/Relaciones según los Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon o la necesidad 9 de Seguridad/Evitación de Peligros según el modelo de las Necesidades de Salud de Virginia Henderson.

En la Clase 2 de Relaciones Familiares, en el Dominio 7 de Rol/Relaciones, se encuentra la etiqueta diagnóstica *“Interrupción de los Procesos Familiares”*, definida como el *“cambio en las relaciones y/o en el funcionamiento familiar”*. Entre sus factores relacionados se encuentran: *“cambio en el estado de salud de un miembro de la familia, transición del desarrollo y cambio de los roles familiares”*. En situaciones de ingreso prolongado o gravedad de una persona con niños cercanos, estos tres factores son fácilmente identificables. Entre sus características definitorias se encuentran: *“alteración en la disponibilidad para las respuestas afectivas, alteración de la satisfacción familiar, cambio en el patrón de las relaciones, cambio en la somatización, cambio en las tareas asignadas, cambio en los patrones de comunicación, cambio en las rutinas, disminución del apoyo mutuo, disminución en la disponibilidad de apoyo emocional o realización ineficaz de las tareas”*. De prolongarse, el problema puede desembocar en el diagnóstico de *“Procesos Familiares Disfuncionales”*, entendiendo por tal que *“las funciones psicosociales, espirituales y fisiológicas de la unidad familiar están crónicamente*



desorganizadas, lo que conduce a conflictos, negación de los problemas, resistencia al cambio, solución ineficaz a los problemas y a una serie de crisis que se perpetúan por sí mismas". Estos dos diagnósticos se centran en las unidades familiares.

Considerando la cuestión desde la Nursing Interventions Classification (NIC)²⁶, aparece 1 intervención en el campo de Sistema Sanitario y en la clase de Mediación del Sistema Sanitario. La intervención "Facilitar las Visitas" se define como: *"estimulación beneficiosa de las visitas por parte de familia y amigos"*. En sus actividades relacionadas figuran: *"explicar a los visitantes, incluyendo niños, lo que pueden esperar ver y oír antes de su primera visita al hospital; facilitar la visita de los niños; seleccionar los visitantes, especialmente los niños, por razones de enfermedades transmisibles antes de la visita; hacer preguntas a los visitantes, incluyendo los niños, después de las visitas; y ayudar a los padres a planificar el apoyo continuo de los niños después de la visita"*. La conclusión que puede extraerse de la NIC es que la integración familiar en los procesos de enfermedad forma parte de la práctica de Enfermería, incluyendo a los niños. Debe considerarse el balance beneficio-riesgo a la hora de efectuar visitas, desde un enfoque multifactorial y holístico, pero no se les debe excluir. Muestra actividades generales, no concretadas en muchos aspectos, como las limitaciones en los servicios especiales, las precauciones y criterios específicos a tener en cuenta, así como un proceder adaptado a su desarrollo psicológico, pues está más centrado en adultos. Ofrecen una guía sobre puntos a considerar en la visita infantil, pero se hace necesaria una investigación más profunda para determinar el por qué, cómo, cuándo, a quién y con quién realizar la visita.

Blanca Gutiérrez JJ. et al¹⁴ plantean diseñar un protocolo de acogida para los familiares en la UCI. Una acogida protocolizada y con guías informativas mejora la atención prestada. El acompañamiento familiar se debe proporcionar de forma progresiva e individualizada según la evolución del paciente hacia una mejoría o muerte inminente. Definen la participación familiar como un proceso de involucración de los familiares en el cuidado del paciente de forma gradual y guiada por el asesoramiento y educación. La visita infantil es un fuerte estímulo para la recuperación de los pacientes. Los menores comprenden mejor la situación y reducen su ansiedad y trastornos conductuales. Es necesario un abordaje individualizado según guías y protocolos¹⁰. La AACN ha elaborado una revisión sobre las visitas familiares en la UCI de adultos²². Promueven la visita infantil, alegando que bajo una preparación previa y actuación organizadas los niños tienen menos comportamientos negativos y trastornos emocionales que los que no visitan.



II – JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

Los niños establecen fuertes lazos de apego con sus allegados, necesidad indispensable para el ser humano. Cuando esos vínculos se ven amenazados, aparecen fuertes sentimientos negativos que causan dolor, malestar emocional y modificaciones conductuales. Estas experiencias pueden quedar grabadas en su forma de percibir la enfermedad y la relación con las personas, ocasionando disfunciones en el desarrollo de su personalidad a corto y largo plazo. Los niños son vulnerables al no contar con constructos mentales sólidos^{1,2}. Uno de los escenarios críticos es la hospitalización de seres cercanos con normativas que impiden las visitas, donde puede ser aplicada una actitud de promoción de la salud mental¹. El ingreso de un ser querido y cercano ejerce un impacto en la familia y afecta a los menores en diversos grados según su desarrollo, su percepción de la enfermedad y por el contagio emocional con sus familiares^{1,3}.

En las UCIs existe un mayor riesgo debido a sus tradicionalmente férreas restricciones y una estancia potencialmente prolongada de hospitalización y defunciones^{4,7}. Estas medidas responden a normativas anticuadas basadas en mitos y creencias desmentidas con la evidencia actual^{6,9,10,11,13}. A ello se suman las percepciones y miedos de los enfermeros⁵. Existe voluntad de cambio hacia la flexibilización y apertura en estas unidades, reflejándose una mayor satisfacción en pacientes, familiares y profesionales^{12,14}. En España existe un serio retraso en relación a la relajación de las restricciones en comparación a otros países, donde se han obtenido resultados positivos y lanzan recomendaciones clamando por su instauración^{5,6,9,15,16,18,21}.

Existen varios modelos teóricos de Enfermería, como el de McGill o la ACF, que abogan por un abordaje en el que se integre a los menores en los cuidados para promoción, prevención y tratamiento^{22,24}. En la taxonomía NANDA existen dos diagnósticos identificables en las situaciones descritas y sustentan la base de una intervención enfermera desde la NIC, donde figuran dos relacionadas, aunque muy poco específicas para el caso de los niños y las UCIs^{25,26}. La evidencia apunta a los beneficios de la visita infantil para facilitar el afrontamiento, paliar los trastornos emocionales y conductuales y facilitar la despedida. Es necesaria una revisión en profundidad para establecer los pilares de dicha intervención para implantarla en el ámbito clínico. El papel de los enfermeros es clave en el manejo y realización de las visitas, siendo potentes agentes de cambio²³.



Es pertinente realizar una revisión de la literatura existente, con el objetivo de conocer la experiencia de niños sanos, cuidadores, personas ingresadas y profesionales de la salud frente a la práctica de las visitas infantiles de niños con seres queridos ingresados en UCI para mejorar el afrontamiento de los niños sanos, y conocer las iniciativas existentes. Como objetivos específicos se plantearon: conocer el impacto sobre los trastornos emocionales, psicológicos y conductuales que tiene la intervención de visita a una UCI sobre los niños sanos; identificar las pautas de realización de visitas infantiles a UCI; examinar las creencias, miedos y carencias de los profesionales sanitarios frente a la visita infantil a UCI; conocer la experiencia de niños, familiares, pacientes y profesionales sanitarios ante la visita infantil a UCI; sugerir unas pautas generales que enmarquen y guíen la intervención enfermera de practicar visitas de menores a las UCIs.

III – METODOLOGÍA

Para reunir la evidencia disponible en torno a las cuestiones planteadas se efectuó una revisión narrativa²⁷. La pregunta de indagación, estructurada según la estrategia PICO como recomienda Aveyard H.²⁸, quedó dividida en 2. La diferente naturaleza de ambas exigió distintos tipos de evidencia: ¿cuál es la experiencia y el impacto sobre niños sanos con seres queridos ingresados en una UCI, pacientes, cuidadores y profesionales de la salud frente a la intervención “visita para menores a una UCI”? y ¿qué iniciativas existen en este sentido? De esta forma, se esperó obtener un enfoque lo más global y holístico de la cuestión al incluir a todos los intervinientes y considerar la mayor cantidad de aspectos posibles. Además, se pretendió aglutinar todas las políticas, iniciativas, guías, protocolos sobre esta intervención para cohesionar su evidencia, estrategias e ingenio en el diseño.

Tras diseñar la pregunta de investigación, se extrajeron los términos más relevantes para traducirlos a lenguaje libre y controlado según cada fuente y se agruparon en categorías. Se buscó en cada base de datos su tesauro para extraer el lenguaje controlado, así como las que figuraban en los primeros artículos encontrados. Fueron consultadas las bases de datos PubMed, CINAHL, PsycINFO, CUIDEN, CUIDATGE, Scielo, Sciencedirect y Cochane, así como el buscador Google Scholar. Solo se encontraron documentos relevantes en Pubmed, CINAHL, PsycINFO y Google Scholar. En susodichas bases de datos se logró una búsqueda eficaz con pocos y potencialmente relevantes artículos a través de su lenguaje controlado, no resultando así en PsycINFO.



En primer lugar, se efectuaron unas búsquedas groseras en lenguaje libre para obtener los diferentes descriptores de las diferentes bases de datos, que fueron agrupados en categorías (ver Tabla 1). Luego combinaron dichos términos clave conjugándolos con operadores booleanos para formar varias ecuaciones de búsqueda. La primera criba consistió en una lectura por título y resumen. La segunda consistió en la lectura completa de los artículos obtenidos más relevantes según los criterios expuestos a continuación. También se contactó con algunos de los autores para obtener más información. Se emplearon algunos documentos referenciados en la introducción que pueden ser encontrados en Google Scholar buscando su título en lenguaje libre (ver Figura 1).

III.I - Criterios de Inclusión y Exclusión

Se consideraron relevantes para ser incorporados a la revisión los documentos que cumplieron los siguientes criterios: versa sobre el fenómeno tratado en la pregunta de investigación; evidencia generada mediante artículos originales, no originales, revisiones sistemáticas, revisiones narrativas, protocolos y guías de práctica clínica; publicados en inglés o castellano; divulgado a partir del 2000 debido a la probable escasez de evidencia, considerando excepciones puntuales. Se consideró la evidencia cualitativa y cuantitativa para conocer experiencias frente a esta medida, aspectos descriptivos y eficacia de la intervención de cuidado. En el ámbito cualitativo se incluyeron todos los enfoques metodológicos. En el cuantitativo: descriptivos de cohorte, estudio de casos y observacionales longitudinales, y analíticos experimentales, incluyendo ensayos clínicos aleatorizados, estudios experimentales puros, cuasi-experimentales y pre-experimentales.

En relación a la población de estudio, se consideró el intervalo de edad de los niños con seres queridos en UCI entre 0-12 años, edad a partir de la cual es permitida su entrada según las normativas españolas. Entre los allegados sanos del menor, se atendió a los familiares nucleares especialmente, pero con un enfoque amplio de relaciones significativas. No se estableció limitación etaria para los pacientes ingresados, considerándose aquellos ingresados en UCI durante más de 3 días, tiempo considerado como potencialmente perjudicial por la duración de la separación y aumento de la estancia hospitalaria total. En estos dos primeros grupos no se tuvo en cuenta el estatus sociocultural y educativo. Entre los profesionales sanitarios se incluyó a médicos, enfermeros, auxiliares, psicólogos y trabajadores sociales en cualquier UCI.



Tabla 1: descriptores y ecuaciones de búsqueda en las bases de datos revisadas

PubMed: Mesh	
Contexto	Intensive Care Units / Intensive Care Units, Pediatric / Intensive Care Units, Neonatal / Organizational Culture / Visitors to Patients / Critical Care / Critical Illness / Health Education
Enfermería	Nursing Staff / Professional-Family Relations / Attitude of Health Personnel / Neonatal Nursing / Patient Centered Care / Family Nursing / Professional Role / Attitude to Health / Models, Nursing / Nurse's Role / Nursing Assessment / Critical Care Nursing
Personas Objetivo	Infant / Child / Child, Preschool / Adolescent / Family / Family Health / Adult / Age Factors / Focus Groups
Psico-sociología	Parents, psychology / Psychology, Child / Parent-Child Relations / Anxiety, Separation / Siblings Relations / Communication / Family, psychology / Adaptation, psychological / Child Behavior / Decision Making / Cooperative Behavior / Friends, psychology / Interpersonal Relations / Siblings, psychological / Stress, psychological, prevention and control / Life Change Events
Investigación y Métodos	Qualitative Research / Teaching Materials / Follow-up Studies / Nursing Evaluation Research / Health Services Research / Practice Guidelines as Topic / Survey and Questionnaires
Estrategias de Búsqueda	
Ecuación de Búsqueda 1:	((("child"[MeSH Terms] OR "child"[All Fields]) AND visit[All Fields] AND ICU[All Fields]) AND ("2000/01/01"[PDAT] : "3000/12/31"[PDAT]) AND ("2000/01/01"[PDAT] : "3000/12/31"[PDAT]) AND (English[lang] OR Spanish[lang]))
Ecuación de Búsqueda 2:	("Child"[Mesh] AND "Child, Preschool"[Mesh]) AND "Visitors to Patients"[Mesh] AND ("2000/01/01"[PDAT] : "3000/12/31"[PDAT]) AND (English[lang] OR Spanish[lang]))
Ecuación de Búsqueda 3:	((("child"[MeSH Terms] OR "child"[All Fields] OR "children"[All Fields]) AND visiting[All Fields] AND ("intensive care units"[MeSH Terms] OR ("intensive"[All Fields] AND "care"[All Fields]) AND "units"[All Fields]) OR "intensive care units"[All Fields])) AND ("2000/01/01"[PDAT] : "3000/12/31"[PDAT]) AND (English[lang] OR Spanish[lang]))
Ecuación de Búsqueda 4:	"Visitors to Patients"[Mesh] AND ("Child"[Mesh] OR "Child, Preschool"[Mesh]) AND ("Intensive Care Units"[Mesh] OR "Intensive Care Units, Pediatric"[Mesh] OR "Intensive Care Units, Neonatal"[Mesh]) AND ("2000/01/01"[PDAT] : "3000/12/31"[PDAT]) AND (English[lang] OR Spanish[lang]))
CINAHL: Descriptores	
Contexto	Hospital Policies / Intensive Care Units / Intensive Care Units, Pediatric / Intensive Care Units, Neonatal / Cross Infections / Patient Safety / Critically Ill Patient
Enfermería	Family Centered Care / Patient Rounds / Professional-Family Relations / Critical Care Nursing / Neonatal Intensive Care Nursing / Nursing Role / Nursing Attitudes / Decision Making
Personas Objetivo	Time factors / Infant / Child / Child, Preschool / Adolescent / Siblings / Siblings—in infancy and childhood
Psico-sociología	Anxiety / Behavioral changes / Child Behaviour / Attitude—Evaluation—in infancy and childhood / Emotion—in infancy and childhood / Child Development / Human Needs (psychological) / Communication / Change Management
Investigación y Métodos	Systematic Review / Books—utilization—in infancy and childhood / Teaching Materials—utilization—in infancy and childhood / Interviews / Qualitative Studies / Phenomenological Research / Questionnaires / Descriptive Research / Research / Participant Observation
Estrategias de Búsqueda	
Ecuación de Búsqueda 1:	visit child intensive care unit (texto libre). Idioma: English, Spanish. Fecha de publicación: 20060101-20160101
Ecuación de Búsqueda 2:	(MH "Visitors to Patients") AND ((MH "Child") OR (MH "Child, Preschool")) AND ((MH "Intensive Care Units") OR (MH "Intensive Care Units, Neonatal") OR (MH "Intensive Care Units, Pediatric")). Idioma: English, Spanish. Fecha de publicación: 20000101-20151231
PyscINFO:: Tesauro	
Contexto	Hospital Environment / Hospitalization / Hospitalized Patients / Institution Visitation
Enfermería	Nursing / Child Visitation
Personas Objetivo	Child Attitudes / Child Behavior Checklist / Child Psychology / Childhood Development
Psico-sociología	Interpersonal Relations / Concept Formation / Physical Disorders / Illness Behavior / Age Differences
Estrategias de Búsqueda	
Ecuación de Búsqueda 1:	(DE"Age Differences") AND (DE"Concept Formation") AND Illness. Idioma: English, Spanish. Año de publicación: 2000-2016
Ecuación de Búsqueda 2:	((DE"Child Attitudes") OR (DE"Child Psychology") OR (DE"Child Behavior Checklist")) AND ((DE"Hospitalization") AND (DE"Hospitalized Patients")) AND Intensive Care Units) AND ((DE"Child Visitation") AND (DE"Nursing")). Idioma: English, Spanish. Año de publicación: 2000-2016
Ecuación de Búsqueda 3:	((DE"Child Attitudes") OR (DE"Child Psychology") OR (DE"Child Behavior Checklist")) AND ((DE"Institution Visitation") AND (DE"Hospitalized Patients")) AND (DE"Nursing") AND Intensive Care Units. Idioma: English, Spanish. Año de publicación: 2000-2016

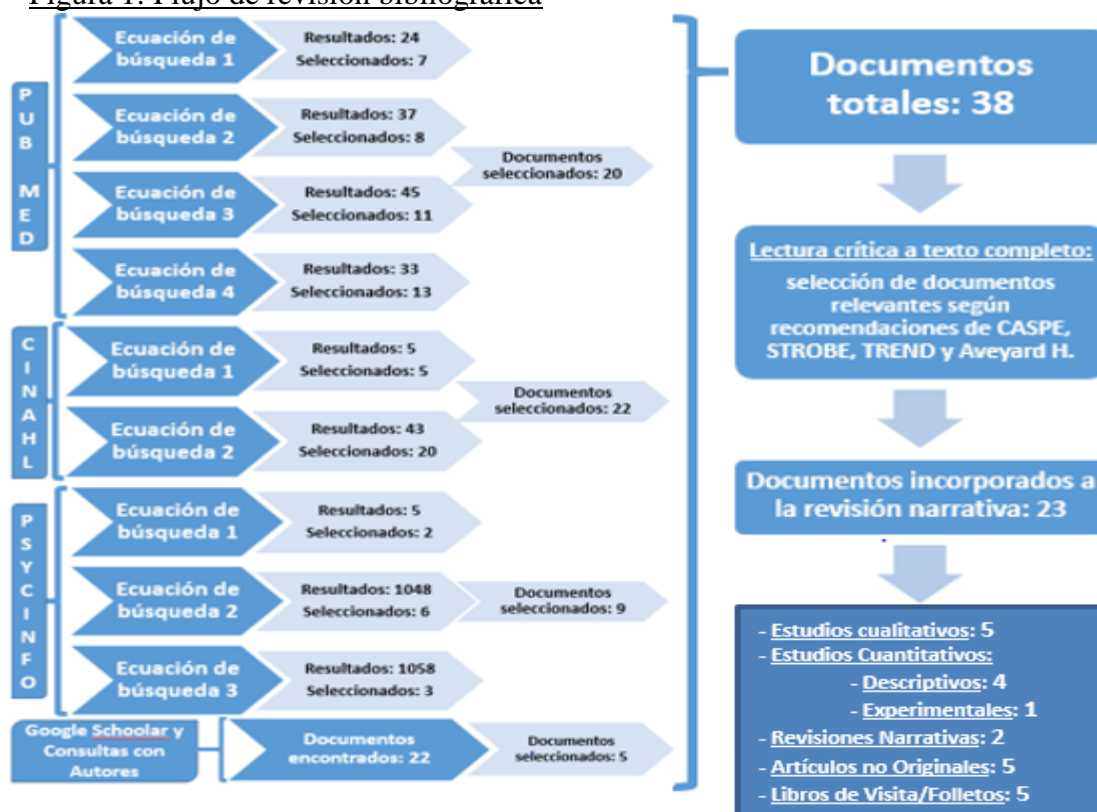
Fuente: elaboración propia.



Se efectuó una lectura crítica de los documentos más relevantes, según los criterios establecidos, siguiendo las recomendaciones del Critical Appraisal Skills Programme Español (CASPE)²⁹ para los estudios cualitativos, del Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE)³⁰ para los cuantitativos descriptivos, del Transparent Reporting of Evaluations with Non-Randomized Dedigns (TREND)³¹ para el estudio quasi-experimental y la publicación de Aveyard H.²⁸ para las revisiones narrativas (ver Anexo 2). Originalmente, se delimitó la búsqueda a los artículos que trataran sobre niños sanos con familiares graves (NSAG) entre 0-12 años. Sin embargo, los documentos señalaron que para edades posteriores, y aún en el periodo específico y vulnerable de la adolescencia, tampoco existe un soporte adecuado para las visitas. Por este motivo, se decidió ampliar el margen para incluir a los jóvenes.

Tras la lectura crítica, se elaboró una tabla con las principales características de los artículos y un resumen de sus hallazgos (ver Anexo 3). La información fue organizada según varias categorías. En ellas se trata la perspectiva de los actores de la intervención (NSAG, cuidadores y profesionales sanitarios), la polémica de las normativas y una serie de recomendaciones y propuestas para la práctica en el contexto de la UCI adulta. Se dedicó un apartado a la UCI neonatal con aspectos y recomendaciones específicos.

Figura 1: Flujo de revisión bibliográfica



Fuente: elaboración propia.



IV – RESULTADOS

IV.I - Los Niños y su Experiencia: los Desatendidos en el Proceso

Pese a los muchos estudios sobre la familia en la UCI, la mayoría se basan en las necesidades familiares según el Critical Care Family Needs Inventory, creado por Molter en 1979. Esta estrategia se centra en los adultos, por lo que la exclusión de niños y jóvenes deja un conocimiento muy limitado sobre ellos en este ámbito. A lo sumo, se exploraba la visión de los adultos sobre los niños. Ningún miembro de la familia puede determinar cuál es la experiencia de los demás frente a un mismo hecho, pues, pese a las perspectivas compartidas, cada uno posee una dimensión individual independiente. La focalización en los adultos choca con la teoría de sistemas aplicada a la familia, que muestra como un evento afecta a todos los miembros. Esto se basa en la construcción social de la posición de los niños dentro de la familia³². Los niños refieren mayor ansiedad que la detectada por los cuidadores, que no saben o no se atreven a hablar de los sentimientos³³. La voz de los niños pasa desapercibida en un contexto en el que se debería considerar a la familia bajo un enfoque holístico y como sistema en el que la enfermedad crítica afecta a todos³⁴. La ganancia de conocimiento sobre las necesidades de los NSAG facilita la comprensión y preparación de los mismos para la intervención. Sin embargo, los estudios sobre las mismas son escasos, antiguos y en su mayoría procedentes de EEUU³³.

Los niños experimentan trastornos emocionales y disruptivos en sus patrones habituales si tienen un allegado en una UCI. Aunque se han liberalizado las políticas de visita, siguen siendo muy restrictivas. Adultos y enfermeros consideran que los NSAG deben ser protegidos en estos escenarios, algo contraproducente, pues resultan igualmente afectados y se les impide la construcción de un significado a sus sentimientos³². Una intervención validada, eficiente y eficaz sugerida para facilitar el afrontamiento es la visita a la UCI, evitando así que queden ignoradas sus necesidades únicas³⁵. Nicholson AC. et al³⁶ diseñaron un estudio quasi-experimental para determinar el impacto de la intervención visita infantil a la UCI. Aunque es un estudio piloto de 1993, es el único estudio experimental encontrado sobre la intervención. Establecieron sendos grupos control y experimental con niños y cuidadores y midieron las variables de respuesta emocional y comportamental en los niños y cuidadores, así como otras variables demográficas e intervinientes, con instrumentos validados. El grupo experimental fue sometido a una visita según un diseño sistemático basado en la provisión de preparación,



apoyo emocional e informativo y vigilancia antes, durante y después de la intervención. Determinaron que los NSAG del grupo experimental referían menos cambios negativos.

Las visitas infantiles son beneficiosas para la toda la familia por su inclusión en los procesos de gravedad y pérdidas. Se les hace sentir partícipes, se les informa y se les da seguridad para expresar sus sentimientos. Reduce los sentimientos negativos, como culpabilidad, abandono, miedo o separación, fomentando los positivos, como la expresión de su deseo por cuidar a sus allegados. Sin embargo, la consideración de las visitas infantiles suele estar basada en la perspectiva de los adultos o profesionales sanitarios en lugar de en la vivencia de los NSAG³⁷. Debe respetarse la voluntad del menor y no forzarle a visitar, pues generaría mayor ansiedad. Es crucial el dejarles elegir^{35,38}. La ausencia de un programa de visita estructurado resulta tan perjudicial como negar la visita. Vint P.³³ señala que, según lo previamente dicho, la negación de las visitas no resulta ético al suponer un perjuicio tanto para el NSAG como para el grupo familiar.

La comprensión del escenario de enfermedad crítica y la UCI está determinada por las capacidades de observación, entendimiento, interpretación y abstracción. Tras la observación, se interpreta la información mediando el entendimiento para formar teorías y extraer conclusiones. También intervienen la madurez cognitiva y las experiencias previas³². La capacidad de comprensión de los niños es mayor que su habilidad para expresar ese entendimiento. El no hacerles partícipes de la información les deja libres para imaginar escenarios peores y equivocados. Clarke C.³⁹ afirma que lo importante no es tanto el hablar con los NSAG sobre la situación, sino quién, cómo y dónde.

Cuando los NSAG visitan una UCI, se distinguen 2 tipos de comprensión: la “UCI entorno” y la “UCI función”. Los más pequeños se centran en el entorno y lo observan detalladamente, en especial la tecnología, aparataje y medidas invasivas. En un primer momento puede resultarles perturbador, pero luego queda asimilado. Algunos son curiosos y disfrutan preguntando a enfermeras y acompañantes sus dudas. En cambio, otros son tímidos en el inicio y construyen en su imaginación el significado de la observación, lo que supone el peligro de crear malentendidos que exacerben su angustia. Es necesario dar respuestas y fomentar la expresión de dudas. También muestran interés por participar en las intervenciones ayudando a las enfermeras o probar los aparatos. Sin embargo, esta observación no implica necesariamente entendimiento³².



Los NSAG mayores contemplan la UCI como función. Pueden mostrarse más sobrepasados por la primera impresión porque confieren a lo que ven los significados de enfermedad grave y riesgo vital, con el miedo que supone. Por ello, es crucial la preparación previa a la visita. Cuando no es posible, pueden referir no esperarse el panorama presentado y aumentar su angustia. También se fijan en el ratio enfermera-paciente. Perciben que en la UCI el allegado se encuentra más cuidado y seguro por la estrecha vigilancia y detectan mayor profesionalidad en los cuidados. Esto puede generar sentimientos ambivalentes cuando son dados de alta a planta al percibirlo con miedo en lugar de una rehabilitación más cercana³². Reaccionan más intensamente al ingreso de los padres por el mayor cambio y disrupción en su vida³³.

Algunas de las preguntas que suelen lanzar son relativas a la supervivencia del allegado, cuándo volverá a hablar, cómo funcionan los aparatos y para qué son, qué significan las alarmas y sonidos, por qué el personal hace lo que hace y si los pacientes pueden escuchar o sienten dolor³⁴. Según la edad, la forma de expresión de dudas, pensamientos o sentimientos es más limitada que en adultos, aunque poseen mayor espontaneidad³⁷. Los NSAG necesitan información y oportunidades para expresar sus sentimientos con aquellos más cercanos. Cuanto menos, perciben la enfermedad crítica como una amenaza, con los sentimientos y pensamientos que lleva asociada. Aquellos preparados para la visita no se sienten en general atemorizados, pero pueden manifestar miedo a que sus allegados mueran o sufran y demandan más información³⁹.

Knuttsen S. et al³⁷ exploraron los pensamientos y experiencias de los NSAG visitantes. De su discurso extraen 2 puntos: el ingresado se encuentra siempre en su pensamiento y sienten la necesidad de verlo por sí mismos, algo que les alivia pese al miedo. No quieren que esté en el hospital porque le añoran y experimentan con fuerza la separación, agonía que acecha cada vez que lo recuerdan en su cotidianidad. Pese a querer volver a la normalidad, desean ser incluidos en la realidad. Sienten compasión y sufren por el enfermo, empatía que les empuja a querer hacer algo más allá de quedarse junto a la cama, eso en caso de poder visitarle. Pueden sentirse tristes por el cambio en el aspecto del paciente, aunque en general los reconocen. Suelen querer pasar más tiempo con el enfermo y no querrían dejarle allí. En ocasiones, desearían que los enfermeros les dejaran a solas en un momento de intimidad con su ser querido y los perciben como un obstáculo. Cuando comprenden la situación del paciente pueden experimentar dolor emocional, especialmente si desconocen lo que se van a encontrar. Pueden rechazar la



opción de visitar por diversos motivos, pudiendo llegar a arrepentirse posteriormente, como en los casos de defunción. Aunque no comprendan la clínica, son conscientes de la gravedad y el riesgo de muerte. Piensan en lo que podría pasar, cómo afectaría a los demás familiares, cómo será su vida entonces y cuánto tiempo deberá permanecer ingresado. Experimentan un vaivén constante entre la esperanza y la desesperanza según los cambios observados, contribuyendo la esperanza al alivio de su dolor³⁷.

El ver al paciente por sí mismos alivia su sentimiento de pérdida al ver que sigue vivo y no tan mal como imaginaban. Aunque la visión les genere tristeza o miedo siempre refieren alivio y no cambiarían su elección de visitar. Significa mucho para los NSAG el estar con el enfermo y demostrar su preocupación. Además, se sienten orgullosos por haber tenido la valentía de ir, así como felices frente a los signos de reacción del paciente a su presencia. La experiencia contribuye a su proceso de formación de significado al permitirles comprender la situación. La información que se les aporta sobre el paciente y el entorno les da seguridad y mejora su entendimiento. Por ello, el tomarse un tiempo para explicaciones y comentar su experiencia con cuidadores y profesionales también les alivia, evitando los sentimientos negativos desbordantes de una visita descuidada³⁷.

Los NSAG visitantes refieren que deben esperar mucho hasta la entrada. Al no tener nada en que ocupar ese tiempo, es difícil relajarse y se sienten tensos. Esta espera contiene un sentimiento de esperanza de mejora en el paciente, pero también de incertidumbre y separación. En ocasiones, perciben al principio al paciente como a un extraño por los cambios en su apariencia y se pueden sentir asustados o repugnados. Pero, y pese a comprender la gravedad de la visión, sienten alivio. Superada esta primera impresión, le reconocen y buscan su contacto. Perciben como extraño el entorno y algunos no se atreven a acercarse por miedo a tocar algo y dañar al paciente. Sobre el aparataje, al principio pueden asustarse, pero luego la curiosidad se abre paso. Describen el entorno como “*blanco*”, color melancólico, poco acogedor, impersonal, aburrido y triste al evidenciar la separación de su ambiente doméstico seguro. A algunos les parece que hay poca iluminación. La inmensa mayoría refirió sentirse bien y aliviados durante la visita. Se acercaban al paciente buscando contacto y contarles cómo había sido su día⁴⁰.

La evasión y la retención de información son evidentes en la comunicación entre cuidadores y NSAG debido a la asimetría de poder en la relación entre niños y adultos, cuyos derechos son considerados socialmente más importantes. Quedan inmersos en una



doble incertidumbre: la clínica, referida a la situación médica del paciente, y la funcional, relacionada con el manejo de la información y las estrategias de comunicación. Los NSAG realizarán su propia búsqueda de información. Cuando escuchan fragmentos, las dudas les llevan a buscar acceder a la totalidad. Refieren que los adultos son quienes la controlan. El bloqueo se consolida cuando a la negativa de los familiares se suma la de los profesionales sanitarios. En las entrevistas, los niños presentes quedan como espectadores silenciosos. Refieren que un medio de escape al estrés es el mantenimiento de la normalidad en su vida. Algunos perciben el colegio como un refugio al contar allí con su mayor red social, aunque algunos cuidadores prefieren apartarlos temporalmente sin consultar. Es curioso que, cuando se les pregunta sobre su allegado ingresado, emplean las mismas estrategias evasivas observadas en sus cuidadores, lo que puede entenderse como una forma de autoprotección. Otra prioridad en su discurso es la de estar presente, como forma de satisfacer sus propias necesidades y poder decidir. Esto incluye el acceso a la información, cuidar al allegado crítico y ofrecer consuelo a los allegados sanos, pues sienten su aflicción y desean acompañarles en los momentos difíciles, como estando con ellos durante las visitas o asumiendo nuevos roles y responsabilidades³⁴.

La Convención sobre los Derechos del Niño establece que *“los niños tienen derecho a ser informados y recibir respuestas; sus opiniones, pensamientos y creencias deben ser respetados y debe hacerse siempre lo que sea mejor para él”*. Por ello, esto no significa que todos los NSAG deban visitar³⁸.

IV.II - Los Cuidadores: los Protectores Desbordados y Desacompañados

Según Clarke C.³⁹, los cuidadores no involucran a los NSAG en la experiencia de enfermedad crítica en una errada, aunque bienintencionada, tentativa por protegerles. Además, se encuentran inmersos en su manejo personal del evento, lidiando con sus propias necesidades psicológicas. Eluden las preguntas alegando su falta de información y desconocimiento (ver Tabla 2). Los adultos tienden a subestimar las experiencias y capacidad de comprensión de los niños durante las crisis y se las ocultan, lo que supone el riesgo de que imaginen escenarios peores y desconfíen³⁸. No logran responder a las necesidades de los NSAG ni a sus demandas de información³². Otros creen que la sobreprotección enturbia su experiencia y causa problemas emocionales, generando sentimientos de culpabilidad, enfado, ansiedad y abandono. Por otra parte, los NSAG



suponen una fuerte motivación para que los cuidadores se replanteen su optimismo y comunicación³⁸. Vint P.³² plantea el término “*parenting style maintenance*” para referirse a la importancia de mantener la conexión emocional de apego entre los cuidadores y los NSAG para evitar problemas emocionales y comportamentales en los mismos.

Refieren incertidumbre sobre si deberían llevar de visita a los NSAG a una UCI al no conocer su beneficio o perjuicio³³. Debido a la asimetría de poder, los adultos creen que los niños están definidos por su necesidad de ser protegidos y limitan su experiencia tomando las decisiones por ellos. En este proceso intervienen la concepción del niño y de la familia y las relaciones entre ellos, así como las estrategias comunicativas. Solo en las familias en las que el niño es entendido y respetado como una persona independiente dentro de la unidad y se reconoce su libertad para obrar en su propio interés se toman las decisiones en comunión con ellos. Los cuidadores se erigen como los responsables de la información y de liberarla de forma controlada para que construyan el escenario y la experiencia según su criterio³⁴. Esto enturbia el proceso de creación de significado del menor, pues acaba construyendo el que quieren transmitirle en lugar de uno que sea realmente significativo para él⁴⁰. Existen algunos que incluyen a los NSAG desde el inicio del evento por iniciativa propia, mientras que otros toman el control absoluto, decidiendo en última instancia por ellos la realización o no de la visita³⁴.

Debido a su afrontamiento personal, pueden no ser capaces de ofrecer un soporte adecuado al menor. En general, reciben bien la aportación de los enfermeros para ayudarles en el mismo y atender a sus menores. Sienten un cierto alivio al ver que no toda la responsabilidad recae sobre ellos⁴¹. Entre sus motivos de preocupación figuran el entorno tecnológico del paciente y su delicada situación como posibles causantes de ansiedad o problemas psicológicos. También influye su inseguridad al responder a las demandas de los niños y su desbordamiento frente a sus propias necesidades³⁸. Los cuidadores niegan la visita a los niños creyendo que los están protegiendo de un hecho desbordante y que no comprenden, en parte porque ni ellos son capaces. Esto, unido a sus creencias de que los niños no están permitidos en la UCI, que el paciente no percibe su presencia y que el entorno resultará aterrador, hace que no se lo planteen o se muestren negativos. Sin embargo, cuando se lo plantean, muchos buscan consultar con los profesionales antes de decidir, para compartir la responsabilidad y sentirse respaldados. Cuanto más pequeño es el NSAG, con mayor frecuencia suelen consultar³⁵. A medida que el paciente se estabiliza las familias se involucran más y plantean más la visita⁴².



Aquellos que acceden a dejar participar de la visita a los NSAG llevan a los más mayores. La iniciativa procede por lo general de los cuidadores, preguntando a los menores si quieren visitar. Perciben una gran variabilidad en las reacciones y sentimientos de los mismos durante la visita, desde alegría hasta tristeza. La mayoría asegura que resulta una intervención muy positiva, aparte de educativa e ilustrativa sobre la situación, tanto para los menores como para ellos mismos. Afirman que se debe tratar como “*una cosa normal*” y “*como parte de la vida*”. Otros reportan que los menores se mostraban cohibidos o que lloraban. Esto no debe interpretarse como un mal de forma necesaria, pues resulta normal la tristeza en el contexto de la enfermedad crítica y su expresión, algo también observado en adultos. En general, los que acceden a la propuesta se muestran satisfechos con la decisión y afirman su positividad pese al miedo inicial, mientras que unos pocos siguen afirmando que debe protegerse a los niños. Es común la conclusión de que, en caso de realizarse la intervención, es necesario un soporte que pueda responder a las demandas del NSAG y de los cuidadores para que no resulte peligrosa³⁸.

Refieren que la información aportada al menor es de calidad y se muestran satisfechos con ella cuando se transmite antes, durante y después de la visita. Cuando así ocurre, permiten que sean los profesionales los que respondan a sus dudas, mientras que ellos se dedican a acompañar y atender al NSAG. Sin embargo, demandan atención e implicación por parte de los enfermeros y se fijan también en su expresión y lenguaje no verbal como muestras de interés real. También cabe resaltar que muchos afirmaron que ni los niños fueron informados por las enfermeras ni la propuesta de intervención vino de ellas, sintiendo que toda la responsabilidad caía sobre ellos con un soporte escaso⁴⁰. Su decisión final sobre la visita debe emitirse estando informada y acompañada son datos de la evidencia en lugar de juicios personales, tanto suyos como de los profesionales³⁹.

IV.III – Los Profesionales Sanitarios: los Guardianes y Figuras de Apoyo

La negativa de los enfermeros a las visitas infantiles suele proceder de creencias particulares no basadas en evidencia (ver Tabla 2). Además, incurren en la idea de sobreprotección infantil. Las enfermeras deben ser capaces de atender y cuidar a todos los familiares visitantes³². En 1980 comenzaron a abrirse las UCIs pediátricas para los hermanos. No se han demostrado efectos adversos en cuanto a comportamientos o infecciones. Los niños reaccionan con mayor intensidad frente al ingreso de algún padre



que al de un hermano por el grado de dependencia y vínculo afectivo. Sin embargo, las enfermeras en las UCIs adultas parecen no haber extrapolado esta información a su ámbito. Para prestar un cuidado holístico y centrado en la familia, deben considerarse sus necesidades y, en concreto, las de los menores³⁹. Es responsabilidad de los enfermeros el implicarse activamente en el cuidado centrado en la familia e informar sobre la posibilidad de visitas infantiles⁴⁰. Sin embargo, este cuidado se ha visto frenado sus creencias infundadas y afán por proteger al paciente crítico y a los menores³⁷.

Algunos de los motivos por los que los enfermeros reniegan de las visitas infantiles son la incertidumbre sobre el beneficio aportado, su incomodidad y desconocimiento al tratar con niños y sus emociones, y la creencia de que es *“una pérdida de tiempo”*. Otras razones son su incapacidad para autogestionar los sentimientos suscitados por la intervención por la carencia de habilidades de resiliencia emocional, que la visita resultará traumática, que no desearían ver así a sus allegados, que no pueden comprenderlo, que la normativa no lo permite o que debería decidir el paciente^{32,33,39}. También argumentan que existe riesgo de infección, tanto para ellos como para el paciente, y que el entorno les resulta aterrador³⁷. Los hay que lo consideran como una fuente de estrés añadido al tener el tiempo justo para su trabajo³³. Estos motivos no están basados en evidencia y responden a juicios personales⁴¹. Por ello, usan estrategias para distanciarse de la inclusión de familia y niños, o simplemente no reconocen la posibilidad. Eluden el problema centrándose en el cuidado del paciente crítico y su aparataje, lo que deshumaniza su cuidado³⁹. En ocasiones, se aferran al riesgo de infección y al trauma psicológico para evitar problemas de seguridad, cuando hay estudios que muestran que la visita preparada previene los traumas y no existe riesgo incrementado de infección⁴².

Algunos enfermeros creen que la visita infantil causa una grave disrupción en la unidad, alterando las rutinas, el estado del paciente, su aparataje y el ambiente, debido al ruido y descontrol que suponen. Aunque durante la carrera estudian psicología y desarrollo, si no se trabaja de forma habitual con niños de diferentes edades no se logra alcanzar un buen nivel de seguridad y confort⁴³. Es importante para las enfermeras la confianza en sus colegas y el mantenimiento de una unidad para sentirse seguras. Esta unidad puede verse amenazada por la polémica de la visita infantil. Algunas se pueden sentir refrenadas por miedo a ir en contra de esa opinión general y ser criticadas. Por ello, no consiste solo en una reflexión individual, sino también sobre la cultura de la unidad. Los miembros del equipo pueden tener distintas opiniones y emiten recomendaciones



diferentes, lo que puede generar confusión entre los cuidadores. Como prácticamente ninguna UCI tiene guías de práctica clínica (GPC) o protocolos específicos, la práctica se rige por un “sentido común” arbitrario según el juicio de cada enfermero⁴⁴.

Otro de los motivos de la baja frecuencia de visitas infantiles es que los enfermeros no preguntan a pacientes y familiares si cuentan con algún menor cercano. Así, aumentan el riesgo dentro de su funcionamiento familiar por una valoración deficiente³². Si mostraran mayor interés podrían alentar a los familiares y potenciar las visitas. Se pueden sentir refrenados porque no saben cómo, cuándo y a quién preguntar para valorar la estructura, dinámica y relaciones familiares por considerarlo una intrusión en su intimidad⁴⁴. Vint P.³³ plantea que no deben ser los enfermeros los que decidan quiénes deben visitar, ya que cualquier visita puede ser importante, tanto para el visitante como para el paciente. La visita infantil no debe depender solo de la relación entablada entre cuidadores y enfermeros, sino de la capacidad de ambos para manejarla. Se debe valorar el desarrollo del menor incluyendo a los cuidadores, lo que generará un mayor acercamiento a las necesidades del menor y asesoramiento para sus acompañantes⁴².

Tabla 2: Desmitificaciones y Aclaraciones de Dudas sobre la Visita Infantil.

DESMITIFICACIONES Y ACLARACIONES DE DUDAS SOBRE LA VISITA INFANTIL	
Profesionales y cuidadores señalan que...	La evidencia dice que...
Se muestran inciertos sobre los beneficios-riesgos aportados por la intervención(*+)	Aporta información única, incluye a los niños en la experiencia y es eficaz para mejorar el afrontamiento y reducir respuestas negativas sin efectos adversos
Están inseguros al manejar intervenciones de visita con familiares(*)	Existen información y guías sobre las necesidades de los familiares, intervenciones y comunicación.
Son incapaces de lidiar con niños(*+)	Puede suplirse con formación, conocimiento y consultas con profesionales especializados
No tienen mecanismos de resiliencia emocional(*)	Son útiles las estrategias de entrenamiento y consultas con profesionales especializados
Creen que hay que proteger a los menores(*+)	Los niños son afectados y se les debe permitir formar un significado. Excluirles desatiende sus necesidades, limita su experiencia y genera respuestas adversas.
El entorno es aterrador para los niños(*+)	Con preparación e información no resulta aterrador
La visita les traumatizará(*+)	La intervención, con preparación y acompañamiento, previene los traumas psicológicos a largo plazo y mejora la experiencia
Los menores tienen edad insuficiente para comprender la situación(*+)	Su capacidad de comprensión es mayor que la de expresión del mismo. Los cuidadores no siempre perciben su afectación
Los niños no desearían ver así a su allegado(*)	El verles por sí mismo supone un gran alivio
Los niños son incontrolables(*)	Con preparación y acompañamiento no se han reportado problemas conductuales
Las visitas cansarán psicológicamente al paciente y le desestabilizarán fisiológicamente(*)	Los niños suponen motivación para los pacientes, les da esperanza y reducen la incidencia de desorientación. No producen repercusión fisiológica significativa
No da tiempo por la carga de trabajo(*)	Es necesaria una organización de los horarios y cuidados



La visita causa disrupción en la unidad y en la rutina y molesta a pacientes y familiares(*)	Con preparación, vigilancia y acompañamiento no se reportan molestias
El paciente debe dar su consentimiento(*)	En ocasiones no puede ni podrá presentarlo
Es mejor esperar una mejoría del paciente(*+)	A veces se prolonga la gravedad y finaliza en defunción
La normativa no lo permite(*)	Las políticas están desfasadas y es necesario actualizarlas
Presuponen que los niños no están permitidos(+)	Con información verbal y escrita se supera este prejuicio y se da pie a la comunicación
(*)Creencias de profesionales sanitarios (+)Creencias de cuidadores	

Fuente: elaboración propia basada en^{32,33,37,38,39,42,43}

Los enfermeros no deben suplantar a los cuidadores en la comunicación con los NSAG, sino trabajar junto a ellos para volverla efectiva y prestar atención al niño durante el proceso. Enablada una buena relación con los cuidadores, el asesoramiento resulta más sencillo y menos estresante para todos. En ocasiones, fruto de su miedo, los enfermeros depositan toda la carga de la decisión en los padres o les desalientan a que traigan a los menores³⁹. En caso de estar presentes los menores durante las entrevistas, deben involucrarles en la conversación en lugar de obviar su presencia³⁴. Sin embargo, unos cuidados expertos deben empoderar en vez de controlar o dominar. Los enfermeros deben discutir y presentar la evidencia a los cuidadores para que tomen una decisión informada implicando al menor⁴¹. Además, juegan un papel crucial en la determinación de las políticas de visita y su práctica³⁹. Son cruciales en la valoración, toma de decisión y comunicación entre las partes: paciente, familiares, NSAG y equipo sanitario⁴².

En el estudio de Vint P.³³ se observa que el 22% de los enfermeros disuaden a los cuidadores, lo prohíben o dan información sesgada o ninguna. El 47% afirma que la decisión sobre la visita deben tomarla los cuidadores y el 98% refiere no haber recibido formación para un soporte infantil. La mayoría comenta que les gustaría poder recibir dicha formación y contar con los recursos necesarios. Las enfermeras se muestran en general proclives a resolver las dudas de los visitantes³⁹. Además, deben escucharles, vigilar signos de cansancio o estrés durante la visita, acompañarles, mostrar al paciente y demostrarle que pueden acercarse, siempre vigilados por el cuidador⁴⁰. Por otra parte, en general no hacen uso de consultas interdisciplinares con profesionales con experiencia en el trato con niños³⁹. Está demostrado que las visitas aportan un nivel de información y comprensión que no puede alcanzarse de otra forma⁴³. Hay algunos profesionales que creen en la importancia de que los NSAG puedan participar de la realidad y que las experiencias negativas pueden ser evitadas con una preparación y soporte adecuados⁴⁴.



Tradicionalmente, se describe la figura del enfermero como “guarda-puertas” en las UCIs y, pese a la evidencia, siguen ejerciendo gran poder restrictivo. Demostrados los beneficios de las visitas, es necesaria una reevaluación de sus creencias y conocimientos sobre las necesidades familiares e infantiles en cuidados críticos. Clarke C. et al⁴¹ afirman que para instaurar el cuidado centrado en la familia es necesario un enfermero informado, flexible y valiente para actuar afrontando retos fuera de la seguridad de la rutina y la jerarquía. Por otra parte, pedir que enfrenten esta cuestión sin proveerles de conocimiento, tiempo, materiales y asesoramiento, resultaría inalcanzable y aumentaría sus niveles de estrés. Es complicado proporcionar un soporte óptimo sin disponer de recursos con los que ayudar a cuidadores y NSAG. Por ello, muchos autores apuntan a que es necesario el desarrollo de materiales y estrategias que permitan a los enfermeros aportar una respuesta adecuada, eficaz y eficiente a sus necesidades. Los enfermeros necesitan formación en habilidades de comunicación con los niños y conocimiento de sus necesidades³². Clarke C et al³⁹ plantean que resulta en ocasiones irreal el pedir a un enfermero que se encargue del completo soporte de la familia y del niño, debiendo sumarse otros profesionales.

IV.IV – Las Políticas de Visita y los Recursos: Obsoletas y Ausentes

Las GPC están ligadas a las políticas. Mientras que las primeras se basan en realidades clínicas y sus actividades para ofrecer recomendaciones sobre cómo se debería actuar y resultan flexibles a la hora de individualizar, las segundas son rígidas, basadas en normas políticas y legislativas que regulan la generalidad sin permitir interpretaciones ni individualizaciones. Son necesarias GPC para NSAG, familiares y profesionales, así como estrategias de preparación por edades. La inmensa mayoría de las UCIs no cuenta con GPC ni políticas concretas sobre las visitas infantiles. Aquellas que lo permiten lo regulan mediante normas verbales no escritas. El 52% de los supervisores no consideran necesario disponer de GPC específicas. Refieren que la práctica debe guiarse según el “*sentido común*” en cada caso. Esto conlleva el riesgo de caer en la arbitrariedad de los profesionales basada en su propio juicio y creencias, en la mayoría de las ocasiones contrarios a la evidencia, y crear recomendaciones y discursos contradictorios. Las GPC permiten solventar esta cuestión, minimizar los efectos adversos de la intervención sobre los NSAG al guiar la preparación y el soporte, y apoyar al enfermero durante la misma. Uno de los motivos de la dificultad a la hora de elaborar una GPC específica es la falta



de conocimiento sobre el tema y su importancia y el beneficio que suponen para pacientes, familiares y menores, y la existencia de políticas anticuadas y restrictivas³⁵.

En el estudio de Vint P.³³ en 67 UCIs, se reveló que el 85% no permite las visitas infantiles y que el resto, salvo 1 unidad, no posee guías ni información escritas. Solo el 7% poseía información para los enfermeros sobre las necesidades de los NSAG visitantes y el 70% desearía poder tenerla al considerarla útil. El 50% contaban en la unidad u hospital con una enfermera pediátrica que les pudiera asesorar, deseando la otra mitad el poder contar con ellas. El 61% de las decisiones de no realizar la visita procedía de los cuidadores, de los cuales solo la mitad recibió alguna información al respecto.

En el estudio de Clarke C.³⁹ se observó que existen diferencias entre las políticas oficiales y las prácticas extraoficiales: algunos enfermeros permiten visitas estando prohibidas y otros las niegan estando permitidas. Los enfermeros no disponen de GPC para guiar y enmarcar su actuación, cuando existe el riesgo de que una experiencia negativa condicione futuras actuaciones en la unidad. Por ello, demandan la elaboración de un protocolo consensuado y único que aporte un soporte sistematizado. Al estar demostrada la eficacia y repercusión positivas de la intervención, algunos autores afirman que la continua práctica restrictiva de negación de visitas sin fundamento real no resulta ética y debe suponer una obligación más que una opción. Según lo dicho, brilla por su ausencia un plan de actuación, lo que supone una falta de soporte para la intervención y malentendidos con los visitantes fruto de la arbitrariedad. Además, la falta de información por escrito o verbal induce a la creencia de que no hay opción de visitas infantiles³³. Existe un escalón entre el desarrollo de las normativas y la evolución de las nuevas prácticas. Es necesaria la investigación para aproximarlas y consolidar nuevas intervenciones⁴¹.

IV.V - Propuestas de Intervención: unas Líneas Generales de Actuación

Para realizar una visita, debe individualizarse considerando la condición de pacientes y visitantes, atendiendo a su edad, madurez intelectual y desarrollo³⁵. Se aconseja considerar el vínculo con el paciente, el soporte familiar, su conocimiento sobre la enfermedad y la hospitalización y, especialmente, la voluntad del NSAG⁴². Se debe entrevistar al menor para plantearle la visita y explorar sus pensamientos y emociones junto a sus cuidadores para que ofrecerle la posibilidad de decidir³⁸.



En la sala de espera debe haber información accesible por escrito sobre la visita infantil o entregarse como parte del protocolo de acogida de la unidad. También pueden colocarse juguetes y material educativo³⁷. Las salas de espera suelen estar atestadas y desadaptadas para los niños, siendo fácil el contagio emocional. Se podría acomodar con dibujos o juguetes, dejando una zona para los niños. Se recomienda evitar o amenizar la espera para manejar la tensión y el aburrimiento³². Cuando los cuidadores rechazan la opción de la visita no se les debe culpabilizar, sino explorar otras opciones para facilitar la aproximación, como conversaciones telefónicas, videos o fotografías⁴¹.

En primer lugar, se deben identificar las demandas de la familia y del menor sobre el afrontamiento y la opción de visita, valorando los aspectos ya comentados en relación al niño. Se debe consensuar una fecha, excepto si existe riesgo de muerte inminente. Entonces se comunica la intervención al equipo y se discute su manejo. Puede ocurrir que la opinión no sea unánime, pero es necesario el consenso porque la visita implicará una posible adaptación en la rutina de la unidad y exigirá un tiempo de visita especial para facilitar la privacidad y atención que requiere⁴². Algunos puntos a informar a los cuidadores y que deben incluirse en la preparación son el equipo tecnológico, el entorno y los cambios en la apariencia y condición del paciente, así como su capacidad para hablar y escuchar³⁵. La información aportada, tanto para NSAG como cuidadores, debe ser verbal y escrita⁴¹, así como en un lenguaje comprensible para facilitar su entendimiento, evitando tecnicismo y llamando a cada cosa según lo que es o lo que hace.

Una sugerencia del Child Life Council es la creación de un libro explicativo de la unidad para los NSAG con un enfoque global y holístico de la que puede ser su experiencia. Las copias de este libro deben estar disponibles para que las familias puedan llevárselas o colgadas en la página web del hospital. En los lugares en los que ha sido implementado, el personal refiere que es un recurso muy útil como soporte emocional, educativo, resolución de dudas y clarificación de miedos. Las familias y los NSAG coinciden en esta idea y se sienten más seguros con la opción de visitar. El personal comentó que el libro suponía en muchos casos el inicio de las comunicaciones entre las familias, los menores y el personal. Además, tiene escaso coste económico⁴³. Los encontrados en la revisión y los solicitados a los autores coinciden en varios puntos. Unos crearon un libro específico para los cuidadores⁴⁵. En los dirigidos a los NSAG hay varios puntos comunes: formato atractivo e interactivo mediante actividades de dibujo o entretenimiento, información adaptada y un espacio de reflexión escrita^{46,47,48,49}.



Finalizada la preparación, se acompaña al menor a la habitación con un cuidador⁴². Debe adaptarse el lenguaje a la edad. Al no haber desarrollado procesos deductivos y tener un entendimiento limitado, se pueden usar símiles³². Se les debe ofrecer atención para resolver dudas, cuidar la interacción general con el lenguaje verbal y no verbal, preguntar y escuchar sobre sus sentimientos, pensamientos y deseos, permitirles ciertos juegos y dejarles participar de los cuidados en la medida de lo posible³⁵. Durante la visita, se debe prestar atención a los signos de cansancio, ansiedad y estrés que indiquen la situación está desbordando al niño. El juego puede ser una estrategia para prevenir el aburrimiento y aportar un punto de normalidad, como el dibujo⁴¹. Finalizada la visita, la entrevista les permite reflexionar sobre la experiencia y construir un significado con pensamientos y emociones. Con los más pequeños, puede resultar más adecuada la exploración a través de dibujos y preguntarles por ellos³⁷. Se les puede invitar a hacer un dibujo para colocarlo en la habitación o una carta para entregársela al paciente para hacerles sentir más partícipes. Se debe evaluar a los cuidadores sobre la experiencia y valorar la opción de una nueva visita si fuera preciso⁴².

De cara a la organización del trabajo, se aconseja que en los cambios de guardia se comunique si existen potenciales visitantes menores o si se ha producido alguna visita. Hay que contar con la aprobación de la enfermera que llevará a cabo la visita y comunicarlo a las demás, lo que permite el asesoramiento y la resolución de dudas. Se debe contactar con profesionales pertinentes según la situación, como psicólogos, enfermeros pediátricos o trabajadores sociales³⁵. Antes de la visita se debe intentar despejar el entorno del paciente y la cama y ordenarlo. Se puede intentar mejorar el aspecto del paciente y colocar objetos familiares, como dibujos o fotografías para romper la blancura. Los cuidados deben planificarse para que no supongan una interferencia. En caso de ocurrir una desestabilización en el paciente, los profesionales deben actuar con calma y posteriormente explicar el suceso⁴¹. Puede ser relevante identificar si existe en el equipo alguien con mayor experiencia en el trato con niños. Tras la visita, se debe discutir y evaluar la intervención entre el equipo⁴². Los profesionales deben tener información sobre las necesidades de los NSAG visitantes, así como recursos educativos y de apoyo, tanto para cuidadores y niños como para ellos. También se sugiere el entregar algún objeto, como un guante inflado y pintado, a modo de recuerdo⁴³.

Davis J.⁵⁰ plantea el proceso de la UCI adulta del hospital Sharp Memorial Hospital de inclusión de un programa de visita infantil. La falta de recursos frustraba al



personal. No estaban preparados para responder a la demanda. Se diseñó un cuestionario para explorar las actitudes y seguridad de los enfermeros en estas situaciones. De 49 participantes, solo el 16% se sentía preparado y el 6,1% satisfecho con los recursos. Se creó un equipo multidisciplinar que efectuó una búsqueda para establecer las líneas de la actuación. Decidieron diseñar un libro de visita infantil específico para su unidad. Al implementar el libro, en los primeros 90 días pasaron un cuestionario a cuidadores y enfermeros para valorar la eficacia. El 21% de los enfermeros refirió que el libro era una preparación útil y el 36% que estaban satisfechos. Conocidos los resultados, elaboraron una crítica para detectar los puntos de mejora a tratar en el libro. Esto demuestra que, aunque es una herramienta útil, son necesarios recursos y formación adicionales, así como un mayor periodo de adaptación, para la adecuada implementación de la intervención.

IV.VI - Los Hermanos en la UCI Neonatal: Iniciativas y Proyectos

Aunque la inclusión de las familias en las UCIs neonatales ha cambiado en los últimos años, esta filosofía parece no haber alcanzado a los hermanos menores de edad de los neonatos ingresados, actores con importancia en su entorno cercano. Padres y sanitarios restringen también aquí su paso según creencias infundadas, sustituyendo la visita por estrategias como fotografías, inefectivas para responder a sus demandas, que quedan desatendidas. Las intervenciones educativas y las visitas resultan efectivas para promover los vínculos familiares, los lazos con el bebé y la disminución del estrés del hermano sano sin efectos adversos⁵⁰. En 1985 varias organizaciones de profesionales sanitarios de este contexto reconocieron la importancia de los hermanos en el cuidado centrado en la familia, tanto por su bien como por el del neonato. Su investigación no demostró incrementos en las infecciones. En su guía de cuidados perinatales del 2007 tratan el cribaje de los hermanos visitantes para la prevención de las mismas. Señalan que serán admitidos los señalados por los padres como familiares cercanos y no expuestos a enfermedades contagiosas recientemente. El personal debe educar a padres y menores sobre la higiene de manos. La evidencia muestra que la UCIN es un lugar seguro para los niños y que es necesario un enfoque interdisciplinar, siendo la enfermera crucial en la colaboración, acompañamiento y facilitación de los vínculos⁵¹.

En un artículo, Levick J.⁵¹ muestra la intervención realizada en una UCIN como estrategia de educación, preparación y reducción de miedos para padres y niños. La



“Pizza Party” consiste en reuniones mensuales de 1 hora para niños a partir de 4 años y sus familias, enviando invitaciones personalizadas. Tras una introducción social, en la que pueden hablar sobre ellos, el colegio y sus hermanos ingresados mientras toman un refrigerio, se realizan una serie de talleres. Se entregan libros para explorar su experiencia, una versión de 3-9 años y otra de 10-16 a los niños. Se valora a los padres y se les explica la intervención. Se les entrega otro libro sobre reacciones al estrés según el nivel de desarrollo en los hermanos, se les informa sobre comportamientos regresivos, problemas escolares o disrupciones en adolescentes y se ofrece asesoramiento psicosocial.

Se realizan dos talleres adaptados por edad. En uno se muestra y explica el funcionamiento de una incubadora con muñecos, permitiendo preguntas y participación, así como la higiene de manos. En el otro se usan muñecos para mostrar los sistemas invasivos. Los niños pueden creer que se quedan dentro las agujas. Se les prepara para la posibilidad de ver vías cefálicas, algo que podría resultar traumático. El objetivo de estas intervenciones es ayudar a los hermanos a sentirse especiales y divertirse participando en lugar de centrarse solo en aspectos del neonato para promover su satisfacción. Como intervención para el duelo, plantean la caja de recuerdos. La limitación de personal, recursos y número de niños puede suponer intervenciones individuales o sesiones grupales con padres voluntarios que han realizado la intervención⁵¹.

Otra propuesta de Levick J. et al⁵² es la “*Noche de los Hermanos*”. Enfocada a cuidadores y hermanos organizados en grupos para lograr un acercamiento, educación y asesoramiento sobre las necesidades de los menores centrándose en las relaciones de los mismos con su entorno, permite un enfoque interdisciplinar. Se invita a todos los asistentes a sentarse en círculo, creando una atmósfera de informalidad y seguridad para los niños, y se explica la intervención y las fases. Luego, se separan ambos grupos en una misma habitación para mantener la seguridad y familiaridad en el ambiente, haciéndoles sentir más cómodos. Las intervenciones psicoeducativas mediante materiales escritos para cuidadores y niños resultan eficaces en este contexto. Permiten informar a los primeros y compartir las historias de los segundos para lograr un acercamiento a sus necesidades, transmitir pensamientos y emociones y explicar la situación del neonato.

En el grupo de cuidadores se efectúa un acercamiento a sus necesidades psicosociales y experiencias, discutiendo estrategias de afrontamiento con los menores según desarrollo. Se dan 7 sugerencias para optimizar la experiencia de los hermanos:



crear una atmósfera abierta de expresión emocional, pues los menores observan las habilidades de afrontamiento de los adultos y buscan su apoyo; transmitir a los hermanos que ellos no son los culpables, creencia imaginaria; prevención de cambios emocionales y comportamentales en los menores en respuesta a la crisis; mantener la rutina cotidiana para que el menor se sienta seguro; realizar visitas a la UCIN con los hermanos para establecer vínculos y mejorar el afrontamiento, proponiendo alternativas en caso de no ser posible, como tomar fotografías o vídeos, describir al neonato, dar ideas de su tamaño o dar moldes de sus manos; dar información honesta y simple sobre los cambios y resolver dudas; y realizar actividades especiales con los hermanos⁵².

En el grupo de hermanos, el objetivo es conocer su día a día, no solo en relación al neonato, y analizar su discurso individualmente y en grupo. Los autores desarrollaron el libro “*My Me Book*”, que permite conocer su cotidianeidad, su soporte social, sentimientos, anhelos, sucesos importantes, su intimidad, detectar problemas de afrontamiento, identificar las áreas problemáticas, ayudar a los padres a comprender las respuestas emocionales de los hermanos y explorar intervenciones en respuesta. También contiene una sección relativa a la experiencia en la UCIN en caso de visitarla. El completar el cuaderno en esta atmósfera controlada pero familiar les permite sentirse especiales independientemente del neonato y facilita la expresión. Con los grupos de discusión se les hace ver que muchos de sus sentimientos son normales. Posteriormente, se juntan ambos grupos y se analiza el cuadernillo entre hermanos y padres. En ocasiones, especialmente con adolescentes, se les debe explicar que resulta positivo el compartir su información, expresada en confidencialidad, con sus cuidadores⁵².

Montgomery LA. et al⁵³ exponen otro programa para hermanos menores en UCIN basado en la investigación y evaluación constantes. Su programa estructurado ofrece una valoración y educación previas, soporte durante la visita y evaluación posterior. En su caso, queda establecido para edades de 3 a 13 años alegando que, en su experiencia, los más pequeños no eran capaces de comprender la situación y eran más susceptibles de transmitir enfermedades contagiosas. Señalan que es un programa preparado para visitas repetidas, ofreciendo mayor información durante las primeras. En casos de mal afrontamiento del menor, se incrementa el soporte con tiempo adicional.

Establecen tres fases. Antes de la visita, la enfermera indaga sobre si se ha consultado con el hermano la opción de visita, explica la intervención con sus riesgos y



beneficios y acuerda un horario. Valora qué es lo que el hermano sabe, qué se le ha contado o enseñado y si ha demostrado cambios comportamentales. Prepara a los cuidadores para las posibles respuestas del menor a la visita. Tras aceptar, la enfermera valora las condiciones del neonato, organiza el trabajo para que no coincidan otras intervenciones con la visita y realiza la criba de infecciones al menor. Si los cuidadores preguntan cómo han respondido otros niños visitantes, no se debe predecir de forma absoluta la respuesta, sino informar de que la mayoría las asume bien y qué cabe esperar. Si rechazan, se recomiendan otras opciones y lecturas especializadas⁵³.

En la segunda, valora si el hermano está emocionalmente preparado para la visita con preguntas como a quién va a ver, si quiere verle, qué le ocurre al bebé, cómo se siente o piensa al respecto y si ha visitado a alguien antes en un hospital. No se debe obligar a visitar a los disconformes, sino plantear alternativas. Se le explica en palabras sencillas por qué está el neonato ingresado y qué experimentará durante la visita. Si el neonato está intubado, se le avisa de que no puede llorar temporalmente, pero se le anima a tocarle o hablarle. Se debe preparar al neonato y su entorno para la visita retirando equipo innecesario, mejorando su visión y aportando intimidad. La enfermera enseña y realiza el lavado de manos y uso de mascarilla, guantes, calzas y bata según la pertinencia. Entonces es cuando acompaña al hermano y sus cuidadores junto al neonato y permanece con ellos, explicando la apariencia, los equipos y facilitando la conversación y la cercanía⁵³.

Tras la visita, la enfermera discute cómo ha resultado la intervención para el menor preguntándole cómo se ha sentido, qué le ha parecido y si tiene alguna pregunta. Se pueden usar estrategias como el dibujo para facilitar su expresión. Si el niño muestra disconfort y la enfermera se ve incapaz de manejarlo es recomendable contactar con profesionales especializados. También anima a los cuidadores a hablar de la visita y, posteriormente, hablar de ello con el menor. Además, se les recomienda mantener el sentido de la normalidad, hábitos y rutinas en la cotidianeidad del menor, aportando información honesta sobre los cambios en el neonato. Como apoyo, diseñaron bandejas con recursos: copias del programa de visita y opciones alternativas, tarjetas identificativas especiales para su diversión y mascarillas dibujadas según personajes de dibujos. Para el personal, contiene fichas con el programa y preguntas de valoración. A modo de recuerdo, entregan alguna fotografía y certificado de visita, algo que refieren mostrar con orgullo a sus amigos y familiares, facilitando el que hable del neonato. Como evaluación, usan un cuestionario post-visita a los padres⁵³.



V – DISCUSIÓN

V.I - Análisis de los Resultados

La estancia de un ser querido en una UCI ejerce un impacto en su entorno, causando disrupción en todas sus dimensiones. Se ha estudiado la repercusión en familiares adultos, quedando niños y jóvenes apartados de esta realidad y sus necesidades silenciadas o ignoradas. Su sobreprotección por cuidadores y sanitarios, motivada por la idea de que deben evitar que sean expuestos a estas experiencias para preservar desarrollo psicológico, es contraproducente. Los NSAG son conscientes de los cambios en su entorno y los sufren. Tienen preguntas que quedan sin respuesta y sentimientos a los que no logran atribuir una razón ulterior. Se encuentran en un escenario desconocido, con su rutina rota y observando cambios en sus figuras de apego, que constituyen un soporte fundamental. Nadie les facilita la construcción de un significado significativo para ellos. Así, los menores experimentan cambios y problemas emocionales y comportamentales.

El nivel de comprensión de los niños es mayor que su capacidad para expresarlo, a lo que se suma la subestimación de su entendimiento por parte de los adultos y la dificultad en la detección de sus necesidades, demandas o trastornos. Niños y jóvenes refieren desear participar de la experiencia, ser involucrados y que no se les oculte información. Su entendimiento dependerá de su nivel de desarrollo y experiencia. Dirigen su atención y preguntas hacia unos objetos diferentes y exhiben comportamientos y respuestas distintas. Es, pues, crucial el conocimiento de sus necesidades y de la teoría del desarrollo para poder adecuar las intervenciones y conducirlas de forma eficaz.

La visita infantil a UCIs es una estrategia validada y efectiva para facilitar un acercamiento entre niños y cuidadores, mejorar el afrontamiento familiar y de los niños, evitar los cambios negativos y ayudarles en la tarea de creación de significado. Para que resulte una intervención segura, debe realizarse de forma sistematizada y acompañada para optimizar los resultados positivos y prevenir repercusiones adversas. Al hacer partícipe al menor de la enfermedad crítica, mejora su afrontamiento, traducido en una disminución de los cambios emocionales y comportamentales. Además, se logra una apertura en la comunicación con sus cuidadores, rompiendo el tabú informativo y evitando malentendidos imaginarios. Los cuidadores se vuelven más conscientes de las necesidades del niño. Es beneficioso para el paciente, separado de su entorno, y para unos familiares que sufren la separación y logran participar del cuidado. No existe evidencia



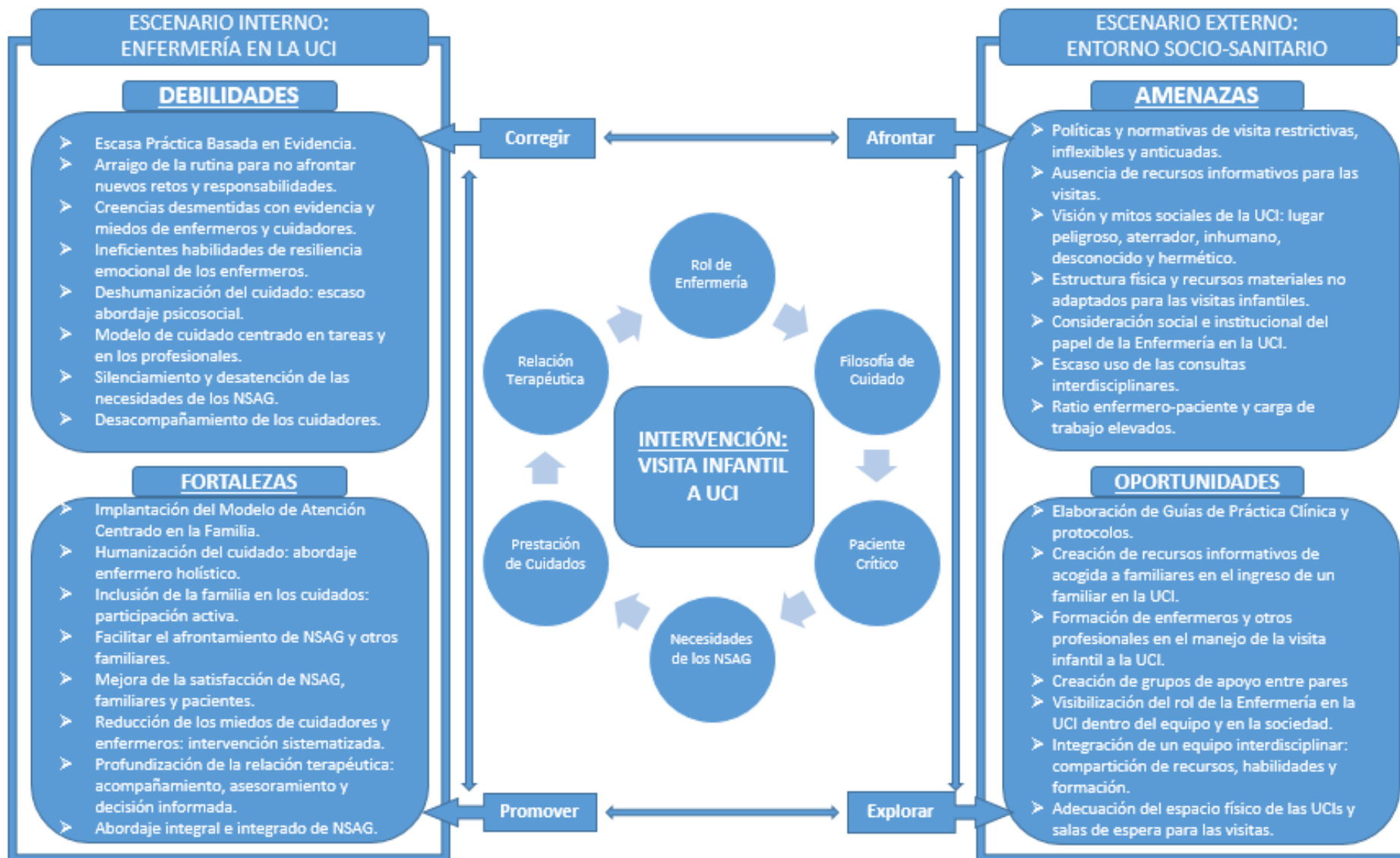
que desaconseje la intervención ni observe efectos adversos, salvo en casos de una mala guía durante la misma. En cambio, todos los estudios coinciden en la gran utilidad de la visita infantil cuando resulta pertinente, siempre que se realice de forma sistematizada.

Hay 3 barreras para la visita infantil a UCIs, basadas en creencias desmentidas por la evidencia. La primera son las políticas restrictivas, que resultan rígidas y anticuadas. A ello se suma la falta de información por escrito, que induce la creencia de que no son posibles o que no hay forma de realizarlas, además de la falta de recursos y materiales disponibles para ello. La segunda son los cuidadores que, debido a la desinformación, no consideran la posibilidad de efectuar visitas infantiles o creen que son perjudiciales. Entre otros motivos, esto es debido a la poca implicación por parte de los enfermeros, que no valoran ni acompañan en la toma de decisión. El resultado es que los cuidadores, ya sobrepasados con su propio afrontamiento, se ven solos frente al problema y soportando toda la responsabilidad. Finalmente, y los que mayor peso tienen, los enfermeros se erigen como tercera barrera. Fruto de su inseguridad y desinformación, creencias infundadas, escasez de materiales y negativa a adoptar nuevas responsabilidades en su rutina habitual, niegan la realización de visitas infantiles. En las UCIs es común y generalizado un modelo centrado en el personal y en el paciente, marginando el modelo de atención centrada en la familia. Esto contribuye a la menor visibilización del rol enfermero en la UCI.

Ya se han explorado varias iniciativas y propuestas de intervención, surgiendo varias recomendaciones: conformar un equipo interdisciplinar con experiencia en población pediátrica que colabore en la formación, asesoramiento y actuación de los enfermeros; formación para los enfermeros sobre las necesidades de los NSAG y manejo de la intervención, junto con el desarrollo de recursos en los que puedan basar la actuación; actualización de las normativas de visita y elaboración de protocolos, guías de práctica clínica, folletos y libros de visita; y diseñar una propuesta creativa y adaptada al contexto y cultura de la unidad. Existen ya diversas iniciativas para facilitar el acceso de los niños a la UCI, por lo que existen ciertas facilidades que pueden constituir un punto de partida para dar inicio a la instauración de un modelo de atención centrado en la familia real en las UCIs. En el siguiente diagrama se recoge la situación actual, explicada en términos de debilidades y amenazas y la situación objetivo, detallada en fortalezas y oportunidades, junto a los conceptos intervinientes (ver Figura 2):



Figura 2: Diagrama DAFO sobre intervención “visita infantil a UCI”.



Fuente: elaboración propia basada en³²⁻⁴⁵



V.II - Limitaciones en el Proceso de Revisión

Hay varias limitaciones en la revisión y la información recabada. La mayoría de los estudios y propuestas solo tratan sobre NSAG cuyo allegado ingresado se encontraba estable en el momento de la visita. Esto supone una gran limitación, pues no todos los pacientes se encuentran siempre estables, su pronóstico es incierto y no siempre se puede esperar a alcanzar la estabilidad. No arrojan datos sobre el manejo durante situaciones de mayor gravedad o inestabilidad. Los casos de pacientes terminales o con pronóstico de muerte inminente no han sido incluidos en la presente revisión, pues entrañan una mayor complejidad y la carga interdisciplinar probablemente sea mayor. Debe ser tratado más exhaustivamente. Salvo en un artículo, y de forma poco detallada, no se hace referencia al manejo de la visita frente a un imprevisto o complicación en el estado del paciente, algo que puede suponer un momento crítico. Tampoco se ha explorado la experiencia de los NSAG que deciden no realizar la visita cuando le es propuesta ni de la evolución de aquellos que quedan excluidos, ya sea por políticas o juicio de cuidadores o enfermeros.

En cuanto a la metodología de búsqueda, puede resultar relevante ampliar los limitadores de búsqueda. Se localizaron documentos potencialmente relevantes en francés y alemán en el rango temporal empleado que no fueron incorporados a la revisión. Es llamativo el que la UCIP sea referida en la mayoría de artículos como el modelo a seguir por su mayor recorrido aperturista en este tipo de intervenciones y no se haya encontrado ningún artículo referido a ella. La evidencia alcanzada puede resultar no actual, pues pocos documentos encontrados fueron publicados en los últimos 5 años y fue necesario ampliar el margen temporal. Los artículos analizados versaban sobre UCI adulta y neonatal. Aunque ninguno se centrara en las pediátricas, los artículos sugieren que la práctica de visitas infantiles a UCIs surgió en este contexto y lleva desarrollándose más tiempo. Así, el presente trabajo queda focalizado en las UCIs adultas y neonatal, donde existen mayores barreras. Hay que añadir las limitaciones en conocimientos sobre metodología y análisis en investigación, idioma y experiencia clínica del presente autor.

El grado de evidencia alcanzado es aceptable según los documentos localizados. Aunque su extrapolación completa a otros países, unidades y poblaciones pueda verse limitada, permite la emisión de unas ciertas recomendaciones y conclusiones con cierto calado. No existen aún revisiones sistemáticas cualitativas ni cuantitativas sobre el tema que genere mayor peso de evidencia. Las propuestas de intervención analizadas se hayan



en un formato no original. La mayoría de los documentos incorporados tienen autoría enfermera, algunos con coautoría de psicólogos y el restante de trabajadores sociales. De los 4 documentos no originales que presentan propuestas de intervención, 3 tienen por autores a trabajadores sociales. Durante la revisión también se localizaron varios artículos realizados por psicólogos. La mayoría de los estudios proceden de Suecia, Reino Unido y EEUU. No se encontró ninguno sobre la intervención realizado en España.

V.III - Implicaciones y Recomendaciones para la Práctica

El conocimiento arrojado por la presente revisión narrativa debería dar inicio a una profunda reflexión sobre el rol de la Enfermería en las UCIs, más concretamente en las españolas. Los beneficios de la intervención “visita infantil”, la desmitificación de los miedos y creencias y la solución a los mismos mediante un marco de actuación y varias propuestas de probada eficacia justifican y animan la inclusión de programas en esta línea en su rutina habitual. Sin embargo, para esto es necesario un doble replanteamiento: por una parte, los enfermeros deben reflexionar sobre cuál es su rol, cuál debería ser y cómo querrían cuidar; y, por otra, las políticas y normativas de visita deben ser adaptadas para dar respuesta a las demandas y necesidades planteadas. En definitiva, supone decidir entre mantener el modelo centrado en las tareas y profesionales, imperante en la inmensa mayoría de las UCIs, o incluir nuevos elementos que amparen un cuidado centrado en la familia. La iniciativa de la visita infantil debe acompañarse de un programa complejo e integrado de intervenciones en el contexto de los cuidados centrados en la familia. Su potenciación estará ligada a otras posibles intervenciones, como la valoración familiar sistemática, la orientación para la visita de los cuidadores en términos de presencia afectiva e implicación en los cuidados, el trabajo con los mismos respecto al manejo de la ansiedad propia e infantil y creación de sistemas de afrontamiento, etc.

Una forma de afrontar las lagunas de conocimiento y miedos de los enfermeros es a través de proyectos formativos en el contexto de la formación continuada, con la colaboración de expertos en la materia (psicólogos infantiles, trabajadores sociales, enfermeras pediátricas). Esto permitirá mejorar sus habilidades de comunicación y actuación con población pediátrica según su estado de desarrollo y con la familia del paciente crítico y ganar estrategias de resiliencia emocional personal. Estos profesionales deberían quedar incluidos en el equipo de intervención. Antes de diseñar una intervención



de impulso a la visita infantil se deberían diseñar estudios cualitativos para explorar las barreras, condicionantes y potencialidades de la unidad y su personal para poder ajustarla a su realidad particular, solventando en parte las resistencias a su implementación y continuidad de las mismas. Se deben elaborar recursos con información escrita disponible para ser consultada por los enfermeros y diseñar sesiones de formación continuada dirigidas a los profesionales de UCI para afrontar las lagunas de conocimiento referidas. Resulta pertinente aumentar la formación en materia de investigación enfermera.

Las prácticas de visita en las UCIs no deberían estar reguladas por la normativa general del hospital por la naturaleza tan distinta que poseen. Es necesario que se vuelvan a redactar para dar cabida a la visita infantil según un marco de actuación e incluir guías de práctica clínica y protocolos, más flexibles y con capacidad de individualización. Aportan mayor seguridad a los profesionales en el manejo de la intervención y supone un seguro frente a la visita infantil no guiada, contribuyendo a evitar los efectos adversos derivados de su mala praxis. Se deben elaborar folletos informativos o completar los ya existentes. De esta manera, se evita inducir a los cuidadores a la creencia de que no es posible, rompiendo el silencio existente sobre este tema y dando inicio a la comunicación con los enfermeros. Los enfermeros deben mostrar una mayor implicación al informar y valorar la situación familiar en la enfermedad crítica y detectar si existe algún menor involucrado cuyo afrontamiento podría ser optimizado mediante la visita. Frente a su dificultad, se les debe dotar de métodos y estrategias de valoración.

No obstante, se hace igualmente necesario el desarrollo de recursos y materiales que faciliten la actuación. Ya existen iniciativas y herramientas efectivas en esta línea, pero es necesaria su adecuación a las características de la unidad. Uno especialmente útil, tanto para profesionales como para cuidadores y niños, para la preparación, manejo y satisfacción es el libro de visita. Cabría diseñar 2 libros: uno para los cuidadores, para informar y dar inicio a las comunicaciones; y otro para los menores, una vez consultado con él y tomada la decisión informada y acompañada con los enfermeros. Mientras que el libro para cuidadores es fundamentalmente de carácter informativo, el infantil cuenta con apartados de información, reflexión y actividades lúdicas. En líneas generales, para que resulten completos y rigurosos deben contener varios puntos mínimos (ver Tabla 5):



Tabla 5: Pautas de elaboración de libros de visita.

Libro de Visita Infantil para Cuidadores	Libro de Visita Infantil para Menores
<ul style="list-style-type: none"> -Información sobre la posibilidad de visitas infantiles. -Posibles cambios comportamentales y respuestas de los NSAG durante el ingreso de un ser querido cercano en una UCI. -Pertinencia y justificación de la visita infantil. -Resolución de dudas y aclaraciones más frecuentes. -Cómo consultar con el NSAG si desea visitar. -Sistema de cribaje de riesgo de infecciones para los NSAG. -Existencia de protocolos específicos y solicitud de libro de visita para NSAG. -Etapas, actividades y/o talleres: fases de la intervención. -La figura del enfermero y/o psicólogo y/o trabajador social como apoyo y guía: contactos y promoción de consulta. -¿Qué cabe esperar? Respuestas de los NSAG durante la visita. -¿Qué pueden hacer? Consejos para los cuidadores durante la visita. -Alternativas en caso de que la visita no sea pertinente en ese momento o exista negativa desde alguna de las partes. -Recomendaciones sobre el cuidado cotidiano al NSAG durante el proceso de hospitalización de un allegado. 	<ul style="list-style-type: none"> -Descripción de la UCI: estructura y aparataje. -El entorno de la UCI: sonidos y olores. -¿Qué personas hay alrededor? Identificación y figuras de apoyo. -¿Cómo está el paciente? Aspecto, capacidad de habla, escucha, percepción y dolor. -¿Qué pueden hacer durante la visita? Actividades, propuestas y juegos. Animar a preguntar las dudas. -Lavado de manos. -Procedimientos en caso de aislamiento. -Realizar dibujos para colocar en la habitación y/o cartas para entregar al paciente. -Valoración previa: núcleo familiar cercano, amigos y personas importantes. -Expresión de sentimientos antes, durante y después de la visita: ¿Qué ha ocurrido nuevo en su vida? ¿Con quién puede hablar de sus sentimientos? ¿Cuándo y por qué se siente feliz, triste, enfadado o preocupado? ¿Qué suceso feliz ha ocurrido recientemente? ¿Qué ha cambiado y en qué percibe la diferencia? ¿Qué desearía? ¿Cómo ve al paciente y cómo piensa que está? -Dibuja a tu familia -Dibújate cuidando al paciente junto a la enfermera. -Dibuja la habitación y decórala como te gustaría que estuviera. -Escribe los nombres de las personas que conozcas en la unidad y quiénes son. -Dibujos para colorear o dibujar. -Sopas de letras y conectar nombre e imagen.

Fuente: elaboración propia basada en^{36,42,43,49,50,51,52,53}

Cuando en el transcurso de la práctica clínica se detecta un caso que podría beneficiarse de la intervención se debe seguir un esquema de actuación individualizado. Es necesaria una valoración inicial del paciente, el menor y sus cuidadores, focalizando en la condición del ingresado, la capacidad de afrontamiento psico-emocional y estado inmunitario del menor y la disponibilidad para participar por parte de los cuidadores. De esta forma, se logra un primer acercamiento a las necesidades del menor y de los cuidadores. Se debe informar a los cuidadores sobre la visita y asesorarles en la toma de decisión, aconsejando que consulten con el menor. Debe respetarse la voluntad del niño como miembro independiente y nunca obligarle a visitar. Una vez acordada la visita, se planifica una preparación adecuada al nivel de desarrollo del menor en la que explicar aquello que va a experimentar y sentir, cómo se encuentra su allegado y qué puede hacer. Se debe transmitir la importancia de manifestar dudas y mantener la vigilancia sobre signos que muestren un sobrepaso emocional en el menor. Se debe mantener un equilibrio



entre el acompañamiento por parte de la enfermera y la intimidad con el paciente. Tras la intervención, se debe realizar una última entrevista para conocer el impacto y facilitar la expresión y reflexión, sugiriendo recomendaciones para el manejo cotidiano.

V.IV - Futuras Líneas de Investigación

Resultaría relevante plantear la misma estrategia seguida por el grupo de autores de Suecia, que diseñaron una serie de estudios en su país para conocer en profundidad el contexto de la intervención como punto de partida. De esta forma, se alcanzarían unos resultados con mayor aplicabilidad en el panorama español sobre los que construir una iniciativa de actuación más sólida. Quedan aún muchos aspectos no explorados y que sería importante investigar: la experiencia de los NSAG cuando los pacientes se encuentran inestables o muy graves; el ajuste de la intervención durante situaciones de inestabilidad de los pacientes o una mayor afectación psicológica y emocional de cuidadores y NSAG; estrategias a seguir durante la aparición de un evento crítico durante la visita; experiencia sobre el proceso de muerte y fallecimiento de un ser querido en UCI desde la visión de los NSAG y la actuación de visita específica en estos casos; explorar la adecuación de los recursos e intervenciones según las etapas de desarrollo, especialmente para la adolescencia; analizar iniciativas de promoción de la participación activa en los cuidados por parte de niños y cuidadores en la UCI; e indagar en la perspectiva de los pacientes visitados. En definitiva, es necesario diseñar intervenciones de cuidado centradas en la potenciación de la visita infantil y la evaluación de su eficacia mediante diseños experimentales potentes, pues su escasez es llamativa. Esto permitiría emitir con mayor contundencia recomendaciones y propuestas que respalden la medida.

VI – CONCLUSIONES

Durante el proceso de enfermedad crítica e ingreso en UCI de un ser querido, las necesidades de los niños cercanos quedan desatendidas, lo que acrecienta su sufrimiento dando lugar a cambios conductuales y comportamentales, condicionando así su experiencia. La errónea sobreprotección por parte de los cuidadores, que no saben responder a las necesidades de los menores al estar lidiando con las suyas propias, y unos sanitarios que, junto a esto, poseen una serie de creencias infundadas y muestran



reticencia a asumir responsabilidades fuera de su rutina, hace que los niños queden excluidos de la visita. La prohibición de la visita impide la construcción de un significado propio para los niños que explique la separación de sus receptores de apego, con el riesgo que conlleva, a corto y largo plazo, en su proceso de desarrollo.

Aunque existe una tendencia aperturista en las UCIs en el panorama internacional para facilitar la inclusión de los niños en la enfermedad de allegados, en España aún están fuertemente arraigadas unas políticas restrictivas que resultan obsoletas según una evidencia que desmitifica las creencias que las sustentan. Los profesionales de Enfermería juegan un papel crucial en la regulación y manejo de las visitas. A través de distintos modelos teóricos, destacando el del Cuidado Centrado en la Familia, y la aplicación de una metodología profesional propia queda establecido su marco de actuación.

La evidencia muestra que la visita infantil supone una propuesta de intervención efectiva para mejorar el afrontamiento de cuidadores y NSAG, hacerles partícipes de la experiencia de enfermedad, facilitar la comunicación entre ellos y responder a las necesidades de los menores. La visita infantil no entraña efectos adversos, siempre y cuando se practique de manera sistemática, guiada y preparada. La labor de acompañamiento, asesoramiento en la toma de decisión y manejo de las visitas puede ser asumida por los enfermeros en el seno de un marco integrado y multidisciplinar. Por ello, es necesario el desarrollo de protocolos y guías de práctica clínica que regulen la actividad y supongan un soporte para los enfermeros, sustituyendo a esas normativas desfasadas.

Existen suficientes propuestas de intervención y herramientas desarrolladas para sustentar el desarrollo de una intervención efectiva y segura de visita infantil. Sin embargo, es necesario un esfuerzo por conducirlo a la realidad clínica de cada UCI a través de un marco complejo de actuación para lograr una sensibilización de los profesionales, preparación para el manejo efectivo de la intervención mediante formación y resolución de miedos, integración de la visita infantil en la cultura de la unidad, creación de un equipo interdisciplinar y elaboración de recursos de apoyo en su desempeño.

Mediante este proceso, y con una mayor implicación por parte de los profesionales sanitarios, proyectos de formación continuada multidisciplinarios e investigaciones cualitativas y experimentales, se puede lograr instaurar un verdadero cuidado centrado en la familia en las UCIs y colocar a España en una línea de actuación basada en la evidencia que ya es una realidad en otros países.



VII – BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

1. Marrone M, Diamond N, Juri L. La Teoría del Apego: un Enfoque Actual. 2ª Edición. Madrid. Psimática. 2009
2. Moneta C, M E. Apego y Pérdida: Redescubrimiento a John Bowlby. Revista Chilena de Pediatría [revista en internet] 2014 [consultado en enero de 2016], 85 (3): [265-268]. Disponible en: <http://goo.gl/r5tNz4>
3. López Naranjo, I. Alteraciones Emocionales en la Hospitalización Infantil: Análisis Psicoevolutivo [tesis doctoral]. Granada. Editorial de la Universidad de Granada; 2011 [consultado en diciembre de 2015]. Disponible en: <http://goo.gl/m1wygA>
4. Errasti Ibarrondo B, Tricas Sauras S. La Visita Flexible en las Unidades de Cuidados Intensivos: Beneficios para los Familiares del Paciente Crítico. Enfermería Intensiva [revista en internet]. Diciembre de 2012 [consultado en enero de 2016]. 23 (4). Disponible en: <http://goo.gl/nZ2aYx>
5. Achury Beltrán LF. Panorama General de las visitas en las Unidades de Cuidado Intensivo. Investig Enferm. Imagen Desarr. [revista en internet] 2014 [consultado en enero de 2016]; 16 (1): [61-71]. Disponible en: <http://goo.gl/bbewP7>
6. García Manchón, P. Impacto de las Políticas Hospitalarias de Horario de Visitas en Pacientes Pediátricos y Adultos y en sus Visitantes. Best Practice [revista en internet] 2010 [consultado en diciembre de 2015], 14 (14): [1-4]. Disponible en: <http://goo.gl/RPZd7l>
7. García Gigorro, R. Influencia de la Estancia en el Servicio de Urgencias sobre el Paciente Crítico [tesis doctoral]. Madrid. Universidad Complutense de Madrid; 2015 [consultado en diciembre de 2015]. Disponible en: <http://goo.gl/FOMMU6>
8. Verdugo Espinosa, E; Santana Cabrera, L; Pérez Martín, J; Gómez Díaz, J. Características Clínicas y Pronóstico del Paciente Médico Ingresado en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Revista Clínica Española [revista en internet]. Noviembre de 2013 [consultado en enero de 2016], 213(Espec Congr): [873] Disponible en: <http://goo.gl/f8zfMr>
9. Bell L. AACN Practice Alert: Family Visitation in the Adult ICU. American Association of Critical-Care Nurses [revista en internet] noviembre de 2011 [consultado en enero de 2016]. Disponible en: <http://goo.gl/4n4DeV>
10. Escudero D, Viña L, Calleja C. Por una UCI de Puertas Abiertas, más Confortable y Humana. Es Tiempo de Cambio. Enfermería Intensiva [revista en internet] 2014 [consultado en enero de 2016] 38 (6): 371-375. Disponible en: <http://goo.gl/kcqNHc>
11. Charry RL, Ordóñez L, Tiempos M, Cortes M. Interacción Entre el Profesional de Enfermería y la Familia del Paciente Hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos de Dos Instituciones de Salud en las Ciudades de Pitalito y Neiva [trabajo de fin de titulación de especialista] Bogotá. Universidad de la Sabana. 2012 [consultado en enero de 2016]. Disponible en: <http://goo.gl/rHfDF5>
12. Ayllón Carrillo N, Montero Rus P, Acebes Fernández MI, Sánchez Zugazua J. Unidad de Cuidados Intensivos de Puertas Abiertas: Perspectiva de los Profesionales. Enfermería Intensiva [revista en internet] 2014 [consultado en enero de 2016] 25 (2): [72-77]. Disponible en: <http://goo.gl/APqCnJ>
13. Cristián Zañartu S, Christiane Krämer K, Angélica Wietstruck M. La Muerte y los Niños. Revista Chilena de Pediatría [revista en internet] 2008 [consultado en enero de 2016] 79 (4): [393-397]. Disponible en: <http://goo.gl/XLb2Nl>
14. Blanca Gutiérrez JJ, Muñoz Segura R, Hervás Padilla J, Alba Fernández CM. Protocolo de Acogida para los Familiares de los Pacientes Críticos en una UCI polivalente. Inquietudes [revista en internet] diciembre 2006 [consultado en enero de 2016] 35: [10-16]. Disponible en: <http://goo.gl/4VBq3A>
15. Servicio Madrileño de Salud. Guía de Acogida: Información para Pacientes Hospitalizados y Acompañantes [guía en internet]. Madrid. Consejería de Sanidad. 2014 [acceso en diciembre de 2015]. Disponible en: <http://goo.gl/nGqtqW>
16. Cachón Rodríguez, E. El Hospital y el Paciente: Declaraciones de Principios, realidad y paradojas. Index de Enfermería [revista en internet] 2007 [consultado en diciembre de 2015], 16 (56): [35-39]. Disponible en: <http://goo.gl/YRP6bk>
17. Zaforteza C, Gastaldo D, Sánchez-Cuenca P, de Pedro JE, Lastra P. Relación entre Enfermeras de Unidades de Cuidados Intensivos y Familiares: Indicios para el



- Cambio. Nure Investigación [revista en internet] marzo 2004 [consultado en diciembre de 2015] 3. Disponible en: <http://goo.gl/mLpQpP>
18. Decreto 246/2005 de 8 de noviembre, por el que se regula el ejercicio del derecho de las personas menores de edad a recibir atención sanitaria en condiciones adaptadas a las necesidades propias de su edad y desarrollo y se crea el Consejo de Salud de las Personas Menores de Edad. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, nº 244 de 16-12-2005. [consultado en diciembre de 2015]. Disponible en: <http://goo.gl/2BjHCo>
 19. Gerencia del Hospital Universitario de Canarias, Dirección de Enfermería, Asesoría Jurídica, Servicio de Atención al Paciente. Guía del Paciente. Hospital Universitario de Canarias. [consultado en diciembre de 2015]. Disponible en: <http://goo.gl/CN0aCi>
 20. Hospital Universitario Cruces [sede web]. País Vasco. El Hospital: Información Útil para Pacientes y Usuarios. [consultado en diciembre de 2015]. Disponible en: <http://goo.gl/ISvc9P>
 21. Portal de Salud de la Comunidad de Madrid [sede web]. Madrid. Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma de Madrid. 2015 [consultado en diciembre de 2015]. Centros y Servicios [3 pantallas]. Disponible en: <http://goo.gl/JB20xl>
 22. Velasco Bueno, J M; Prieto de Paula, J F; Castillo Morales, J; Merino Nogales, N; Perea-Milla López, E. Organización de las Visitas de Familiares en las Unidades de Cuidados Intensivos en España. Enfermería Intensiva [revista en internet] 2005 [consultado en diciembre de 2015], 16 (2): [73-83]. Disponible en: <http://goo.gl/DiFUF8>
 23. Alfonso García B. Modelos y Teorías de Enfermería para la Atención a la Familia. En Enfermería Familiar y social [libro en internet]. Editorial Ciencias Médicas. 2008 [consultado en diciembre de 2015]. Disponible en: <http://goo.gl/3WI5hZ>
 24. Shields L, Pratt J, Davis LM, Hunter J. Atención Centrada en la Familia para Niños Hospitalizados. La Biblioteca Cochrane Plus [revista en internet] 2013 [consultado en diciembre de 2015]; 5. Disponible en: <http://goo.gl/6EDlbt>
 25. Organización Colegial de Enfermería. Código Deontológico de la Enfermería Española [libro en internet]. Madrid. Organización Colegial de Enfermería; 2013 [consultado en diciembre de 2015]. Disponible en: <http://goo.gl/S7I0R8>
 26. NNNConsult [sede Web]. España: Elsevier 2012 [actualizado en diciembre de 2013; consultado en enero de 2016]. Disponible en: <http://goo.gl/9BIQzI>
 27. Serrano Gallardo P. Trabajo Fin de Grado en Ciencias de la Salud [libro en internet] 2012 [consultado en febrero de 2016] Difusión Avances de Enfermería (Grupo Paradigma). Disponible en: <http://goo.gl/Rh4lrf>
 28. Aveyard H. Doing a Literature Review in Health and Social Care: a Practical Guide. Tercera edición. Berkshire. Open University Press. 2014.
 29. Cano Arana A, González Gil T, Cabello López JB por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender un estudio cualitativo. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante. CASPe. 2010 [última actualización: 2016; consultado en 2016]. Cuaderno 3: [3-8]. Disponible en: <http://goo.gl/YfErb6>
 30. Vandembroucke JP et al. Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE): Explanation and Elaboration. PLoS Medicine [revista en internet] 2007 [consultado en 2016] 4 (10): [1628-1654]. Disponible en: <http://goo.gl/hd9jwI>
 31. Des Jarlais DC, Lyles C, Crepaz N and the Trend Group. Improving the reporting quality of nonrandomized evaluations of behavioral and public health interventions: The TREND statement. American Journal of Public Health [revista en internet] 2004 [consultado en marzo de 2016] 94: [361-366]. Disponible en: <http://goo.gl/xsskdE>
 32. Kean S. Children and young people visiting an adult intensive care unit. Journal of Advance Nursing [revista en internet] 2010 [consultado en febrero de 2016] 66(4): [868-877]. Disponible en: <http://goo.gl/ouCYWv>
 33. Vint PE. An exploration of the support available to children who may wish to visit a critically ill adult in ITU. Intensive and Critical Care Nursing [revista en internet] 2005 [consultado en febrero de 2016] 21(3): [149-159]. Disponible en: <http://goo.gl/yVS8q9>
 34. Kean S. Children and Young people's strategies to Access information during a family member's critical illness. Journal of Critical Nursing [revista en internet] 2010 [consultado en febrero de 2016] 19(1-2): [266-274]. Disponible en: <http://goo.gl/fY93bh>



35. Knutsson SE, Otterberg CL, Bergbom IL. Visits of children to patients being cared for in adult ICUs: policies, guidelines and recommendations. *Intensive and Critical Care Nursing* [revista en internet] 2004 [consultado en febrero de 2016] 20(5): [264-274]. Disponible en: <http://goo.gl/45niIw>
36. Nicholson AC, Titler M, Montgomery LA, Kleiber C, Craft MJ, Halm M, Buckwalter K, Johnson S. Effects of child visitation in adult critical care units: a pilot study. *Heart and Lung* [revista en internet] 1993 [consultado en marzo de 2016] 22 (1): [36-44]. Disponible en: <http://goo.gl/Ud6MWs>
37. Knutsson S, Bergbom I. Children's thoughts and feelings related to visiting critically ill relatives in an adult ICU a qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing* [revista en internet] 2016 [consultado en febrero de 2016] 32: [33-41]. Disponible en: <http://goo.gl/5ZBFDP>
38. Knutsson SE, Bergbom I. Custodians' viewpoints and experiences from their child's visit to an ill or injured nearest being cared for at an adult intensive care unit. *Journal of Critical Nursing* [revista en internet] 2007 [consultado en febrero de 2016] 16(2): [362-371]. Disponible en: <http://goo.gl/pzpxwH>
39. Clarke CM. Children visiting family and friends on adult intensive care units: the nurses' perspective. *Journal of Advance Nursing* [revista en internet] 2000 [consultado en febrero de 2016] 31(2): [330-338]. Disponible en: <http://goo.gl/1Ww2R4>
40. Knutsson S, Pramling Samuelson I, Hellström AL, Bergbom I. Children's experiences of visiting a seriously ill/injured relative on an adult intensive care unit. *Journal of Advance Nursing* [revista en internet] 2008 [consultado en febrero de 2016] 61 (2): [154-162]. Disponible en: <http://goo.gl/XPj7cx>
41. Clarke C, Harrison D. The needs of children visiting on adult intensive care units: a review of the literatura and recommendations for practice. *Journal of Advance Nursing* [revista en internet] 2001 [consultado en febrero de 2016] 34(1): [61-68]. Disponible en: <http://goo.gl/5fBjzS>
42. Masae Kitajima BK, Larissa Teodora G, Mayla Cosmo M. Children visit to intensive care unit. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva* [revista en internet] 2010 [consultado en febrero de 2016] 22(3) [300-304]. Disponible en: <http://goo.gl/g4blOq>
43. Hanley JB, Piazza J. A visit to the intensive care unit: a family-centered care to facilitate pediatric visitation in an adult intensive care unit. *Critical Care Nursing* [revista en internet] 2012 [consultado en febrero de 2016] 35(1): [113-122]. Disponible en: <http://goo.gl/Ogm0FL>
44. Knutsson S, Bergbom I. Nurses' and physicians' viewpoints regarding children visiting/not visiting adult ICUs. *Nursing Critical Care* [revista en internet] 2007 [consultado en febrero de 2016] 12(2): [64-73]. Disponible en: <http://goo.gl/jxkFxQ>
45. Levick J. Sibling Support in the NICU: "I'm special, Too!". Spectrum Health Helen DeVos children hospital. 2016.
46. Froedtert and Medical College of Wisconsin Child Life Program. Come visit!: Preparing children to visit family members in the hospital. Milwaukee.
47. Davis J. You are important!: Children visiting in the Medical Intensive Care Unit. Sharp Memorial Hospital. San Diego.
48. Munch S. My Me Book. New Brunswick. 1991.
49. Munch S. My NICU Story. New Brunswick. 2001.
50. Davis J. The creation of You Are Important: an intraprofessional proyect to meet the needs of staff, parents, and kids visiting a medical intensive care unit. *Journal of Hospital Librarianship* [revista en internet] 2015 [consultado en marzo de 2016] 15(3): [309-319]. Disponible en: <http://goo.gl/tmzqlI>
51. Levick J, Quinn M, Holder A, Nyberg A, Beaumont E, Munch S. Support for siblings of NICU patients: an interdisciplinary approach. *Social Work in Health Care* [revista en internet] 2010 [consultado en febrero de 2016] 49: [919-933]. Disponible en: <http://goo.gl/ZPibA4>
52. Munch S, Levick J. "I'm special, too": promoting sibling adjustment in the Neonatal Intensive Care Unit. *Health Social Work* [revista en internet] 2001 [consultado en marzo de 2016] 26(1): [58-64]. Disponible en: <http://goo.gl/anpQmR>
53. Montgomery LA, Kleiber C, Nicholson A, Craft-Rosenberg M. A research-based sibling visitation program for the Neonatal ICU. *Critical Care Nurse* [revista en internet] 1997 [consultado en marzo de 2016] 17(2): [29-40]. Disponible en: <http://goo.gl/JDcQbx>



VIII – ANEXOS

Anexo 1: Normativas de visita en los hospitales de la CAM.

Normativas de los Hospitales de la Comunidad Autónoma de Madrid sobre Visita Infantil	
Hospital Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela	Hospital Dr. Rodríguez Lafora
Los niños menores de 12 años no deben visitar a los pacientes salvo excepciones autorizadas. Puede ser perjudicial para su salud.	Los menores de 14 años no deben visitar a los pacientes excepto con autorización del equipo asistencial
Hospital Universitario Fundación Alcorcón	Hospital General Universitario Gregorio Marañón
No es recomendable que niños menores de 12 años visiten a personas ingresadas. En caso de situación especial, no dude en ponerse en contacto con el personal de Enfermería que atenderá sus necesidades.	Los niños menores de 12 años no deben visitar a los pacientes salvo excepciones autorizadas. Las unidades especiales (UCI, REA, UCP, Cuidados Paliativos, Infantil, Urgencias, etc) poseen un horario especial que será informado al ingreso.
Hospital Universitario Ramón y Cajal	Hospital Universitario La Paz/Cantoblanco/Carlos III
Los niños menores de 12 años no deben visitar a los pacientes, salvo excepciones autorizadas.	Los niños menores de 12 años no pueden acudir de visita a los hospitales. En unidades pediátricas: no es aconsejable la visita de niños menores de 12 años a los hospitales. Se ajustarán a las instrucciones de cada Servicio y solicitarán permiso al Supervisor correspondiente.
Hospital El Escorial	Hospital Universitario La Princesa
Con carácter general, no se permiten visitas de niños menores de 12 años. Debe comprender que un hospital no es lugar adecuado para un menor y puede ser perjudicial para su salud.	Con carácter general, no se permiten las visitas de menores de 12 años. El hospital no es un lugar adecuado para ellos.
Hospital Universitario Rey Juan Carlos	Hospital Universitario Santa Cristina
Con carácter general, no se permite el acceso a las áreas de hospitalización de menores de 12 años.	Con carácter general, no se permiten visitas de niños menores de 12 años.
Hospital Universitario Severo Ochoa	Hospital Universitario de Torrejón
Con carácter general, no se permiten visitas de niños menores de 12 años. Debe comprender que un hospital no es un lugar adecuado para un menor y puede ser perjudicial para su salud.	Con carácter general, no se permite el acceso a las áreas de hospitalización de niños menores de 12 años.
Hospital Virgen de la Torre	
Con carácter general, no se permiten visitas de niños menores de 12 años.	
Hospital Universitario Infanta Leonor	Hospital Clínico San Carlos
Como medida preventiva, los niños menores de 12 años no pueden acceder a las zonas de hospitalización como visitantes.	En beneficio de la salud de los niños, no se recomiendan las visitas a menores de 12 años. Debe entender que un hospital no es lugar seguro para un menor, puede ser perjudicial para su salud.
Hospital La Fuenfría	Hospital Universitario de Getafe
En beneficio de la salud de los niños, no se recomiendan las visitas a menores de 12 años.	Prohibida la entrada a menores de 12 años.
Hospital Universitario 12 de Octubre	
Prohibido a menores de 12 años. El hospital no es un lugar adecuado para un menor. Es difícil que no hagan ruido, molesten a los pacientes y pueden ser perjudiciales para su salud.	
Hospital de Fuenlabrada / Hospital Fundación Jiménez Díaz / Hospital Gómez Ulla / Hospital General de Villalba / Hospital de Guadarrama / Hospital Universitario del Henares / Hospital Universitario Infanta Cristina / Hospital Universitario Infanta Sofía / Hospital Universitario de Móstoles / Hospital Infantil Universitario Niño Jesús / Hospital Universitario Príncipe de Asturias / Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda / Hospital Universitario del Sureste / Hospital Universitario del Tajo/ Hospital Virgen de la Poveda	
No hay información referente a los menores en sus páginas web. Normativas según cada centro. La única información que aportan sobre este punto es la Guía de Acogida.	

Fuente: elaboración propia basada en^{17,23}



Anexo 2: Ejemplo de lectura crítica.

Lectura Crítica: Effects of Child Visitation in Adult Critical Intensive Care Units. A Pilot Study	
TÍTULO Y ABSTRACT	Título claro, sencillo y completo. Resumen según formato IMRYD. Breve extensión.
INTRODUCCIÓN	
ANTECEDENTES	JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS
Justifican la relevancia del estudio mostrando la situación concreta del fenómeno (la negación de la posibilidad de visitas infantiles en las UCIs) y su relación con la Enfermería (la aportación y manejo desde la disciplina). Aportan conceptos teóricos (familia, teoría de sistemas, eventos estresantes y su repercusión familiar) para crear un marco de referencia.	Analizan su actualidad. Justifican relevancia y pertinencia de investigación. Bibliografía consultada actual para su fecha, pertinente. Objetivo general (examinar respuestas emocionales y comportamentales de niños y familiares adultos no hospitalizados frente a visita infantil a UCI) claramente definido, aunque sin específicos. Plantean las hipótesis nula y estadística.
METODOLOGÍA	
PARTICIPANTES	MUESTREO
-Grupo control y experimental para niños y para familiares adultos no hospitalizados [FANH] (4 grupos total). 10 familias cada uno (20 niños 5-17 años y 20 FANH). Criterios de inclusión: familiar ingresado >18 años; familia con niño 5-7 años y FANH; niño sin visita previa; niño y FANH dispuestos a participar. Criterios de exclusión: familiares con respuestas psicológicas extremas; no angloparlantes; FANH o niños que no cumplen requisitos de salud (no especificados). -No se han comentado características del centro ni unidad sede de la intervención. Limitada generalización. Estudio piloto, tamaño muestral reducido (piloto), aceptable para calcular muestra de estudio derivado.	-Muestreo por conveniencia en la UCI quirúrgica del “large Midwestern teaching hospital”. Si una familia tenía más de 1 niño se seleccionó aleatoriamente. Muestreo en 2 fases: primeras 10 familias asignadas al grupo control, obteniendo los datos inmediatos. Tras 2 semanas, las siguientes 10 familias constituyen grupo experimental, con datos 48h tras la intervención. -No especifican el muestreo por conveniencia. Por escaso volumen de familias que cumplen criterios, la técnica de muestreo es adecuada. El riesgo de que los resultados resulten poco extrapolables podría disminuirse mediante un muestreo aleatorizado en más de una UCI.
INTERVENCIÓN	VARIABLES: OPERATIVIZACIÓN Y MEDICIÓN
-La intervención fue desarrollada por profesionales expertos y según fundamentación teórica. Establecen la estructura y las fases de la intervención de forma clara. Detallan contenido y fases de intervención. -No especifican las características del investigador realizador de la intervención, ni de los lugares, ni del contexto ni el tiempo de duración. Tampoco se establecen actividades para incrementar la adherencia de los reclutados. Sin métodos de aleatorización ni enmascaramiento. Por la naturaleza de la intervención, el único ciego posible podría ser el del analista.	Identifican adecuadas variables independiente (visita infantil a UCI), dependientes (respuestas emocionales y comportamentales), demográficas (edad, género, estado civil, etnia, religión, nivel educativo y gravedad del paciente) y confusionales (eventos familiares actuales y características familiares). Describen operativización y justifican instrumentos de medida por pertinencia, validez y eficacia (Manifest Anxiety Scale, Perceived Change Scale, State-Trait Anxiety Inventory, Mood Adjective Check List, Life Event Scale, Family Functioning Survey y Demographic Data Questionnaire).
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	
El análisis de los datos fue realizado con el Macintosh StatView II y el SuperANOVA Statistical Packages. Se empleó el test de la t de Student para analizar las diferencias entre las variables dependientes y las confusionales. Para determinar las relaciones entre las variables confusionales se emplearon el test de la chi cuadrado y tablas de frecuencias. También se empleó análisis de covarianza para examinar las interacciones entre las variables confusionales y la independiente respecto a la significación estadística de las dependientes.	
RESULTADOS	
No diagrama de flujo ni seguimiento. Queda implícito que los participantes completaron el proceso, pero limita la fiabilidad. No señalan desviaciones o incidencias. Aportan tabla de características demográficas y diferencias entre grupo control y experimental, significativas en religión y estudios. Los niños del grupo experimental referían mayor percepción de cambios vitales. Diferencia estadísticamente significativa entre grupos experimental y control de niños en respuestas emocionales y comportamentales. Rechazada hipótesis nula en grupos de niños. No diferencias entre grupos de FANH, no se rechaza hipótesis nula en grupos de FANH. Diferencia significativa en efectos de eventos vitales y las demográficas sobre las dependientes.	
DISCUSIÓN	
Interpretan resultados basándose en hipótesis planteadas concluyendo que el descenso en los cambios en las respuestas en los niños está asociado a la visita infantil y es eficaz en la mejora del afrontamiento. No hay diferencias en los grupos de FANH. Limitaciones: el reducido tamaño muestral, estiman muestra necesaria de 102 para el estudio derivado; muestreo por conveniencia, rechazado aleatorizado al considerarlo poco ético y con riesgo de contaminación. Estudio piloto con grado de evidencia limitado y recomiendan nuevo estudio. Señalan nuevas líneas de investigación y variables a considerar, replicación en grupos más heterogéneos, seguimiento a medio-largo plazo y entrevistar a niños y FANH en sus casas. Validez externa limitada, pero aceptable.	

Fuente: elaboración propia basada en^{33,38}



Anexo 3: Tabla con las principales características y breve resumen de los artículos incorporados a la revisión.

<p>Título: Children and young people visiting an adult intensive care unit. Autores: Kean S. Año: 2009. Publicación: Journal of Advance Nursing. País: Reino Unido.</p> <p>Diseño: Estudio Cualitativo descriptivo, teoría fundamentada.</p> <p>Técnica de recogida de datos: Entrevistas en profundidad a grupos familiares y grupos de enfermeras.</p> <p>Muestreo y Muestra: Muestreo teórico. Reclutamiento entre 2002 y 2005 en 1 UCI adulta. Selección por la supervisora de la unidad. 9 familias (5 niños entre 8-14 años, 7 jóvenes desde 14-25 años y 12 adultos entre 35-55 años). En 6 familias el ingresado era el padre y en 3 un hermano adulto. Familias de habla inglesa y con allegados ingresados durante 3 o más días y estables en el momento de la entrevista. Exclusión de familiares de pacientes inestables, terminales, fallecidos y de familiares angustiados.</p>			<p>Objetivo: Explorar cómo los niños y jóvenes construyen sus experiencias al visitar a un familiar crítico en una unidad de cuidados intensivos.</p> <p>Principales Hallazgos: La experiencia, en términos de afrontamiento y entendimiento, está ligada a capacidades determinadas por el estado de desarrollo. Los más pequeños entienden la UCI como ambiente, centrándose en observaciones del entorno y mostrando curiosidad, dudas y demandando participar. Los mayores ven la UCI como función, confirmando a sus impresiones los significados de enfermedad grave y riesgo vital. Es crucial la preparación para la visita y animar a manifestar dudas y pensamientos. Las enfermeras carecen de recursos y formación para realizar la intervención. La visita debe adaptarse a estas formas de entendimiento y al estado de desarrollo.</p>
<p>Título: Children visiting family and friends on adult intensive care units: the nurses' perspective. Autores: Clarke CM. Año: 2000. Publicación: Journal of Advance Nursing. País: Reino Unido.</p> <p>Diseño: Estudio cualitativo descriptivo, fenomenología.</p> <p>Técnica de Recogida de Datos: Entrevistas individuales en profundidad.</p> <p>Muestreo y Muestra: Muestreo por conveniencia. Reclutamiento en 1 UCI adulta con política de visita abierta y libro de visita. 12 enfermeras con 8 meses-19 años de experiencia en UCI.</p>			<p>Objetivo: Examinar y describir las experiencias y percepciones de las enfermeras frente a las visitas infantiles a una UCI adulta para revelar los motivos por los que restringen su acceso.</p> <p>Principales Hallazgos: Los cuidadores pueden rechazar la visita en un intento de proteger a los niños de algo que ni ellos logran comprender y no logran responder a sus necesidades. Los enfermeros deben trabajar junto a los cuidadores para crear una comunicación efectiva y facilitar una decisión informada objetiva. Los enfermeros restringen la visita infantil según creencias basadas en su propio juicio y contrarias a la evidencia, centrándose en el aparataje y las tareas como medio de elusión. Carecen de habilidades de resiliencia emocional y no consultan con otros profesionales. Existen diferencias entre las prácticas de visita oficiales y las extraoficiales. Señalan falta de guías clínicas y recursos</p>
<p>Título: Children's thoughts and feelings related to visiting critically ill relatives in an adult ICU: a qualitative study. Autores: Knutsson S, Berghom I. Año: 2016. Publicación: Intensive and Critical Care Nursing. País: Suecia.</p> <p>Diseño: Estudio cualitativo descriptivo, filosofía hermenéutica.</p> <p>Técnica de Recogida de Datos: Entrevistas en profundidad, observación.</p> <p>Muestreo y Muestra: Muestreo consecutivo. 28 niños (14 niñas y 14 niños entre 4 y 17 años, media de 9,5 años). Ninguno había visitado antes una UCI, todos querían visitar y tenían padres, abuelos o hermanos ingresados. Reclutamiento durante 15 meses en 4 UCIs adultas.</p>			<p>Objetivo: Describir y comprender los pensamientos y emociones de los niños en relación a la visita a allegados o familiares críticamente enfermos en una unidad de cuidados intensivos.</p> <p>Principales Hallazgos: Los niños se sienten partícipes y seguros respecto a sus sentimientos e información cuando visitan, pese al miedo inicial que puedan tener. De su discurso se extraen 2 puntos: el ingresado se encuentra siempre en su mente durante su nueva rutina cotidiana y sienten la necesidad de verlo por sí mismos. Sienten con fuerza la separación y desean ser incluidos en el proceso. Quieren pasar tiempo con los pacientes en intimidad. Sienten empatía por el paciente y los familiares y desean ayudar. Tienen miedo de una posible defunción. Oscilan entre la desesperanza y la esperanza, que alivia su dolor. Aunque la visión les cause tristeza o miedo, siempre les alivia y la agradecen. Comprenden mejor la situación, crean un significado y demuestran su preocupación.</p>
<p>Título: Children and young people's strategies to access information during a family member's critical illness. Autores: Kean S. Año: 2009. Publicación: Journal of Critical Nursing. País: Reino Unido</p> <p>Diseño: estudio cualitativo descriptivo, teoría fundamentada.</p> <p>Técnica de Recogida de Datos: entrevistas en profundidad a grupos familiares y enfermeras.</p>			<p>Objetivo: explorar cómo acceden a la información los niños cuando tienen a un familiar ingresado en UCI.</p> <p>Principales Hallazgos: los niños con familiares en UCI tienen una doble incertidumbre: clínica y funcional. La evasión y retención de la información es común en este contexto. Los cuidadores creen que los niños</p>



<p>Muestra: muestreo teórico, 9 familias (5 niños entre 8-14 años, 7 jóvenes desde 14-25 años y 12 adultos entre 35-55 años). Reclutados por la supervisora de 1 UCI adulta. En 6 familias el ingresado era el padre y en 3 un hermano adulto ingresados durante 3 o más días y estables en el momento de la entrevista. Exclusión de familiares de pacientes inestables, terminales, fallecidos y de familiares angustiados.</p>	<p>deben ser protegidos. Los niños establecen su propia búsqueda de respuestas, determinadas por la comunicación familiar y concepto de la misma. Los adultos controlan la información, de forma que algunos los incluyen desde el principio y otros la liberan de forma controlada y sesgada. Los menores quedan como espectadores silenciosos en el proceso y frente a los sanitarios. Uno de sus mecanismos para liberar estrés es el mantenimiento de sus rutinas, en especial la escolar. Demandan poder participar, sienten empatía por paciente y familiares y desean actuar.</p>
<p>Título: Children's experiences of visiting a seriously ill/injured relative on an adult intensiver care unit. Autores: Knutsson S, Pramling Samuelsson I, Hellström AL, Bergbom I. Año: 2008. Publicación: Journal of Advance Nursing. País: Suecia.</p> <p>Diseño: estudios cualitativo descriptivo, filosofía hermenéutica.</p> <p>Técnica de Recogida de Datos: entrevistas en profundidad individuales.</p> <p>Muestreo y Muestra: Muestreo consecutivo. 28 niños (14 niñas y 14 niños entre 4 y 17 años, media de 9,5 años). Ninguno había visitado antes una UCI, todos querían visitar y tenían padres, abuelos o hermanos ingresados. Reclutamiento durante 15 meses en 4 UCIs adultas.</p>	<p>Objetivo: Describir las experiencias de los niños durante la visita a un allegado críticamente enfermo en una UCI.</p> <p>Principales Hallazgos: Los niños deben esperar mucho tiempo en la sala de espera y se sienten tensos al no tener en qué ocuparlo. Se pueden sentir impresionados o asustados por el cambio en la apariencia del paciente, pero se alivian por verlo por sí mismos. Perciben extraño el entorno, mostrándose cohibidos y/o curiosos. Destacan la blancura, que acrecienta su sentimiento de separación de su seguridad doméstica. Desean participar en los cuidados del paciente y muestran alegría frente a sus signos de reactividad ante su presencia.</p>
<p>Título: Visits of children to patients being cared for in adult ICUs: policies, guidelines and recommendations. Autores: Knutsson S, Otterberg CL, Bergbom I. Año: 2004. Publicación: Intensive and Critical Care Nursing. País: Suecia.</p> <p>Diseño: estudio cuantitativo descriptivo multicentro.</p> <p>Técnica de Recogida de Datos: Cuestionario elaborado por los autores (8 preguntas abiertas, 4 mixtas y 8 cerradas). Validado con estudio piloto en 5 UCIs.</p> <p>Muestreo y Muestra: Muestreo de conveniencia. Se contactó con todas las UCIs adultas del país (72) y completaron el cuestionario 56 UCIs. Respondedores del cuestionario: supervisoras de las UCIs.</p>	<p>Objetivo: Examinar las políticas, guías y recomendaciones sobre la visita infantil y su frecuencia; examinar los argumentos para restringir o no las visitas infantiles; examinar la información dada a los cuidadores; examinar las diferencias demográficas en los niños visitantes.</p> <p>Principales Hallazgos: la inmensa mayoría de las UCIs no cuentan con políticas ni guías concretas sobre la visita infantil. Las que lo permiten las basan en normas no escritas, con el riesgo de caer en la arbitrariedad de los profesionales, y no consideran necesarias las guías. Los motivos de la baja frecuencia de visita infantil son la deficiente valoración enfermera y las creencias sesgadas de cuidadores y profesionales. La visita es más frecuente cuanto mayor es el niño. Se debe crear una intervención sistematizada con unos contenidos mínimos y establecer pautas de implantación en la dinámica enfermera de la unidad.</p>
<p>Título: Custodians' viewpoints and experiences from their child's visit to an ill or injured nearest being cared for at an adult intensive care unit. Autores: Knutsson S, Bergbom I. Año: 2007. Publicación: Journal of Clinical Nursing. País: Suecia.</p> <p>Diseño: Estudio cuantitativo descriptivo.</p> <p>Técnica de Recogida de Datos: Cuestionario elaborado por los autores (10 abiertas, 11 mixtas, 1 cerrada). Validado con estudio piloto en 6 cuidadores en 6 UCIs adultas.</p> <p>Muestreo y Muestra: Muestreo consecutivo. Reclutamiento en 5 UCIs adultas. La supervisora designaba a enfermeras para el reclutamiento. 30 cuidadores. Cuestionario respondido entre 2-4 semanas tras la visita. Al responder, 4 ingresados habían fallecido y el resto seguía grave.</p>	<p>Objetivo: Describir las experiencias de los cuidadores sobre la visita de sus niños a un ser querido cercano críticamente enfermo en una UCI, sus pensamientos sobre la visita en relación al bienestar del niño y quiénes inician la visita.</p> <p>Principales Hallazgos: La iniciativa proviene en su mayoría de los padres. La mayoría refiere que es una intervención muy positiva para los niños, educativa y clarificadora de la situación. Ven que sus hijos se muestran curiosos, cohibidos, orgullosos o que lloraban. Según sus propios pensamientos y percepciones del niño, algunos se sienten satisfechos con la visita y otros no. Refieren que es necesario un buen soporte para guiar la visita, traducido en términos de satisfacción y seguridad. Demandan mayor implicación por parte de los enfermeros.</p>



<p>Título: Nurses' and physicians' viewpoints regarding children visiting/not visiting adult ICUs. Autores: Knutsson S, Bergbom I. Año: 2007. Publicación: Nursing Critical Care. País: Suecia.</p>		
<p>Diseño: Estudio cuantitativo descriptivo multicentro.</p> <p>Técnica de Recogida de Datos: Cuestionario elaborado por los autores. Validado con estudio piloto: 9 médicos y 9 enfermeros de 3 UCIs adultas seleccionados intencionalmente por la supervisora.</p> <p>Muestreo y Muestra: Muestreo estratificado entre las listas de personal de UCI en 57 UCIs adultas: 161 enfermeros y 130 médicos.</p>	<p>Objetivo: Describir y comparar las razones dadas por enfermeros y médicos para restringir las visitas de niños a familiares ingresados en una UCI adulta</p> <p>Principales Hallazgos: descripción de las creencias de médicos y enfermeros en torno a la visita infantil: entorno, apariencia del paciente, muerte, hospital, infección, trauma, aumento de carga de trabajo. Desacuerdo en cuestión de edades idóneas de visita según comprensión y riesgo de infección. Los profesionales se sienten inseguros a la hora de valorar la situación familiar y consideran que la decisión debe proceder los cuidadores.</p>	
<p>Título: An exploration of the support available to children who may wish to visit a critically adult in ITU. Autores: Vint E. Año: 2005. Publicación: Intensive and Critical Care Nursing. País: Reino Unido.</p>		
<p>Diseño: Estudio cuantitativo descriptivo multicentro.</p> <p>Técnica de Recogida de Datos: Cuestionario elaborado por los autores con preguntas cerradas. Validado con estudio piloto.</p> <p>Muestreo y Muestra: Muestreo de conveniencia. Supervisores 46 UCIs adultas.</p>	<p>Objetivo: Explorar los recursos actualmente disponibles para sustentar la visita infantil a seres queridos ingresados en UCIs.</p> <p>Principales Hallazgos: Muy pocas UCIs poseen información ni formación para los profesionales sobre las necesidades de los niños durante la enfermedad crítica de un ser querido. Los profesionales desearían poder contar con ella y consultar con profesionales con experiencia en el trato a población pediátrica. La mayor parte de las iniciativas de visita infantil proceden de los cuidadores y la información que reciben de los enfermeros al respecto es escasa y sesgada. No existen guías escritas para aquellas UCIs que lo permiten ni información escrita para familiares. Los enfermeros no se sienten preparados ni capacitados y desalientan las visitas.</p>	
<p>Título: The needs of children visiting on adult intensive care units: a review of the literature and recommendations for practice. Autores: Clarke C, Harrison D. Año: 2001. Publicación: Journal of Advance Nursing. País: Reino Unido.</p>		
<p>Diseño: Revisión Narrativa.</p> <p>Fuentes de Recogida de Datos: Estudios en inglés buscados en CINAHL y Medline desde 1982 y 1986 respectivamente así como bibliografía relevante usando los términos: child visiting, family visiting y hospital visiting.</p>	<p>Objetivo: Explorar la evidencia sobre las necesidades de los niños que visitan a un allegado con enfermedad crítica e identificar intervenciones enfermeras para conocer y valorar las mismas.</p> <p>Principales Hallazgos: Los enfermeros juegan un papel crucial en la regulación y manejo de las visitas en UCI y siguen ejerciendo fuertes restricciones pese a la evidencia. Sus motivos responden a su falta de seguridad y recursos. La capacidad de comprensión de los niños es mayor que su capacidad para expresarlo. La visita mejora el afrontamiento familiar, reducción de sentimientos negativos, información y comprensión de la situación, expresión de sentimientos, comunicación, aclaración de dudas y malentendidos y facilita la participación. Recomendaciones enfocadas a la sala de espera, comunicación, valoración y desarrollo de la visita.</p>	
<p>Título: A visit to the intensive care unit: a family-centered care culture change to facilitate pediatric visitation in an adult intensive care unit. Autores: Hanley JB, Piazza J. Año: 2012. Publicación: Critical Care Nursing. País: Estados Unidos de América.</p>		
<p>Diseño: Revisión narrativa.</p> <p>Fuentes de Recogida de Datos: Búsquedas en CINAHL y MEDLINE. Se obtuvieron referencias relevantes por búsquedas secundarias.</p>	<p>Objetivo: Revisión de la literatura sobre la visita infantil en UCIs adultas y exposición de las prácticas satisfactorias.</p> <p>Principales Hallazgos: Profesionales y cuidadores tienen creencias y miedos sesgados sobre la visita infantil. Existe una falta de formación, información y recursos. Los enfermeros suponen una figura clave para facilitar la comunicación entre todas las partes implicadas. Intervención basada en etapas del desarrollo, interdisciplinar, individualizado, que incluya preparación previa y lenguaje adaptado. El libro de visita infantil es una herramienta útil y ampliamente recomendada.</p>	
<p>Título: Effects of child visitation in adult critical care units: a pilot study. Autores: Nicholson A, Montgomery LA, Craft MJ, Buckwalter K. Año: 1993. Publicación: Heart and Lung. País: Estados Unidos de América.</p>		
<p>Diseño: Estudio cuasi-experimental.</p>	<p>Objetivo: examinar respuestas emocionales y comportamentales de niños y familiares adultos no hospitalizados frente a visita infantil a UCI</p>	



<p>Técnica de Recogida de Datos: Escalas validadas (Manifest Anxiety Scale, Perceived Change Scale, State-Trait Anxiety Inventory, Mood Adjective Check List, Life Event Scale, Family Functioning Survey y Demographic Data Questionnaire).</p> <p>Muestreo y Muestra: Muestreo de conveniencia en 2 fases en 1UCI quirúrgica de adultos. Grupo control y experimental para niños y para familiares adultos no hospitalizados [FANH] (4 grupos total). 10 familias cada uno (20 niños 5-17 años y 20 FANH). Criterios de inclusión: familiar ingresado >18 años; familia con niño 5-7 años y FANH; niño sin visita previa; niño y FANH dispuestos a participar. Criterios de exclusión: familiares con respuestas psicológicas extremas; no angloparlantes; FANH o niños que no cumplen requisitos de salud (no especificados).</p>		<p>Principales Hallazgos: Los niños del grupo experimental referían mayor percepción de cambios vitales. Diferencia estadísticamente significativa entre grupos experimental y control de niños en respuestas emocionales y comportamentales. Rechazada hipótesis nula en grupos de niños. No diferencias entre grupos de familiares adultos no hospitalizados (FANH), no se rechaza hipótesis nula en grupos de FANH. Diferencia significativa en efectos de eventos vitales y las demográficas sobre las dependientes.</p>
<p>Título: Child visit to intensive care unit. Autores: Kitajima Borges KM, Genaro LT, Cosmo Monteyro M. Año: 2010. Publicación: Revista Brasileña de Terapia Intensiva. País: Brasil.</p>		
<p>Diseño: Formato no original.</p>	<p>Objetivo: expandir y sustentar la práctica de visita infantil en un hospital. Propuesta de intervención.</p> <p>Principales Hallazgos: Estructura de la intervención. Valorar: gravedad del paciente, relación, madurez del niño, soporte familiar, información transmitida y la voluntad del niño. Comunicación, discusión y acuerdo entre el equipo de enfermeros. Preparación del entorno y del niño: información y entrevistas. Valoración post-visita.</p>	
<p>Título: The creation of You Are Important!: an intraprofessional project to meet the needs of staff, parents and kids visiting a medical intensive care unit. Autores: Davis J. Año: 2015. Publicación: Journal of Hospital Librarianship. País: Estados Unidos de América.</p>		
<p>Diseño: Formato no original.</p>	<p>Objetivo: comunicar el proceso de creación, investigación, implementación y evaluación de una intervención de visita infantil a UCI adulta en un hospital.</p> <p>Principales Hallazgos: Puntos de partida para la creación de un equipo multidisciplinar. Aspectos y barreras a investigar antes de diseñar la intervención en la unidad de forma adaptada. Propuesta de herramienta mediante la creación de un libro de visita. Contenido general y diseño de un libro de visita infantil. Método de evaluación de la intervención tras ser implementada.</p>	
<p>Título: Support for siblings of NICU patients: an interdisciplinary approach. Autores: Levick J, Quinn M, Holder A, Nyberg A, Beaumont E, Munch S. Año: 2010. Publicación: Social Work in Health Care. País: Estados Unidos de América.</p>		
<p>Diseño: Formato no original.</p>	<p>Objetivo: comunicar una propuesta de intervención de visita infantil de hermanos de pacientes ingresados en UCIN.</p> <p>Principales Hallazgos: método de cribaje de estado de inmunización de los niños visitantes. Beneficios de una intervención de preparación grupal para niños y cuidadores: educación mediante diversión, normalización de sentimientos, creación de una atmósfera familiar y segura. Diseño de libros de visita para la preparación. Ejemplo de talleres educativos: medidas invasivas e incubadoras.</p>	
<p>Título: “I’m special, too!”: promoting sibling adjustment in the neonatal intensive care unit. Autores: Munch S, Levick J. Año: 2001. Publicación: Health and Social Work. País: Estados Unidos de América.</p>		
<p>Diseño: Formato no original.</p>	<p>Objetivo: Comunicación de una propuesta de intervención de visita infantil de hermanos de pacientes ingresados en UCIN.</p> <p>Principales Hallazgos: Beneficios de la preparación y valoración pre-visita mediante grupos separados de niños y cuidadores y la posterior compartición de la información para lograr un acercamiento sobre las necesidades referidas por los menores. Recomendaciones básicas para los cuidadores sobre el manejo de los niños sanos. Contenido y líneas generales de libros de visita infantil.</p>	
<p>Título: A research-based sibling visitation program for the neonatal ICU. Autores: Montgomery LA, Kleiber C, Nicholson A, Craft-Rosemberg M. Año: 1997. Publicación: Critical Care Nursing. País: Estados Unidos.</p>		
<p>Diseño: Formato no original.</p>	<p>Objetivo: Comunicación de una propuesta de intervención de visita infantil de hermanos de pacientes ingresados en UCIN.</p> <p>Principales Hallazgos: Fases de intervención de visita infantil. Métodos y pautas de valoración de los menores. Consejos de explicaciones durante la preparación. Métodos y consejos para la evaluación post-visita. Propuesta de materiales: bandeja de contenidos para padres, niños visitantes y profesionales que guían la visita.</p>	

Fuente: elaboración propia. Basado en^{32-44,50-53}